

Dédoublement complet de l'appareil génital dans ses rapports avec la puerpéralité

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 1935

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LECLERC René Marc

né le 4 Juillet 1908 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Ancien externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène

Examineurs de la Thèse:	{	MM. FRUHINSHOLZ, Professeur . . .	} <i>Président</i>	
		ETIENNE, Professeur		} <i>Juges</i>
		JOB, Professeur		
		VERMELIN, Agrégé		

Dédoublement complet de l'appareil génital dans ses rapports avec la puerpéralité

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 1935

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LECLERC René Marc

né le 4 Juillet 1908 à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Ancien externe des Hôpitaux

Diplômé d'Hygiène

Examineurs de la Thèse:	{	MM. FRUHINSHOLZ, Professeur . . .	} <i>Président</i>	
		ETIENNE, Professeur		} <i>Juges</i>
		JOB, Professeur		
		VERMELIN, Agrégé		

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\frac{1}{2}$.

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\frac{1}{2}$; WEISS, O $\star$, I $\frac{1}{2}$;

BOUIN, O $\star$, I $\frac{1}{2}$; ANCEL, $\star$, I $\frac{1}{2}$; GARNIER, $\star$, I $\frac{1}{2}$;

MACÉ, $\star$, I $\frac{1}{2}$; P. PARISOT, O $\star$, I $\frac{1}{2}$; DUFOUR, $\star$, I $\frac{1}{2}$; THIRY, $\star$, I $\frac{1}{2}$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clin. des maladies syphil. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clin. de chir. infantile et d'orthopédie.	M. L. FRÉLICH, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clin. obstétricale et accouchements....	M. A. FRUNHINSHOLZ, O $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\frac{1}{2}$, C. G.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\frac{1}{2}$.

Professeurs sans chaire

(M. JOB, $\star$, I $\frac{1}{2}$.
M. WATRIN, $\star$, I $\frac{1}{2}$.)

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	(M. M. PERRIN, $\star$, I $\frac{1}{2}$, professeur. M. J. SIMONIN, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. SIMONIN, A $\star$, agrégé. M. A. BINET, $\star$, I $\frac{1}{2}$, agrégé libre. M. GUILLEMIN, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\frac{1}{2}$, professeur. M. WATRIN, $\star$, I $\frac{1}{2}$, prof. sans chaire. M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\frac{1}{2}$, agr. libre. M. G. LAMY, $\star$, I $\frac{1}{2}$, ch. du c., ag. lib. M. JOB, $\star$, I $\frac{1}{2}$, prof. sans chaire. M. VERMELIN, $\star$, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. DROUET, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. MUTEL, $\star$, I $\frac{1}{2}$, agrégé. M. ABEL, $\star$, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. HAMEL, $\star$, docteur. M. L. MERKLEN, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. L. MERKLEN, A $\frac{1}{2}$, agrégé. M. MICHON, docteur. M. AUBRIOT, docteur. M. DOMBRAY, docteur.
Pathologie générale	
Clinique gynécologique	
Pathologie externe	
Clinique des maladies contagieuses ..	
Propédeutique dermatologique.	
Médecine opératoire	
Electrothérapie et radiologie	
Accouchements (Cours théorique)	
Obstétrique	
Clinique propédeutique médicale	
Anatomie et Médecine légale	
Pathologie interne	
Clinique des maladies mentales	
Education physique (I)	
Physiologie du travail	
Clinique neurologique (I)	
Propédeutique O.-R.-L. (I)	
Parasitologie	

Agrégés en exercice :

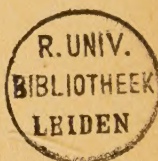
MM. MERKLEN, A $\frac{1}{2}$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\frac{1}{2}$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\frac{1}{2}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\frac{1}{2}$.	DROUET, A $\frac{1}{2}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\frac{1}{2}$.	SIMONIN, A $\frac{1}{2}$.
WOLFF.		

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\frac{1}{2}$; S. RÉMY, I $\frac{1}{2}$; BUSQUET, I $\frac{1}{2}$; FAIRISSE, I $\frac{1}{2}$;
BINET, $\star$, I $\frac{1}{2}$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\frac{1}{2}$; LAMY, $\star$, I $\frac{1}{2}$;
M. E. TRIBOLET, I $\frac{1}{2}$, Secrétaire.

(I) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

AUX MIENS

A MES AMIS

A mon Maître et Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

*Professeur de clinique obstétricale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.*

A MES JUGES,

MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

*Professeur de Clinique Médicale,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOB

*Chargé du cours théorique d'Accouchement,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

M. LE PROFESSEUR AGREGE VERMELIN,

*Chargé du cours de Médecine Opératoire Obstétricale,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

A la malformation génitale qui consiste en utérus et vagin doubles, on a donné le nom de duplicité génitale.

Le mot « duplicité » ne paraît pas être le terme exact qui convienne en pareil cas.

En effet, d'après Littré, on entend par duplicité : état de ce qui est double. Mais la malformation que nous envisageons ne consiste pas en l'état de doublement de l'appareil génital. S'il en était ainsi, et pour que le terme soit exact, il faudrait qu'à chaque appareil utéro-vaginal corresponde une paire d'annexes (2 trompes et 2 ovaires) ce qui n'est point conforme à la réalité.

De fait, on a affaire à deux moitiés d'utérus et de vagin, comme si, ceux-ci avaient été séparés dans le sens de la hauteur.

Il semble donc que le mot dédoublement soit plus approprié, et c'est celui que nous utiliserons.

Nous entendrons donc par dédoublement génital total, la malformation qui consiste en un vagin double et un utérus double, chaque utérus étant le répondant d'une trompe et d'un ovaire.

Cette anomalie passe souvent inaperçue. Mais dès qu'on la recherche, on s'aperçoit qu'elle est relativement fréquente.

C'est ainsi qu'à la Clinique Obstétricale de Nancy, des cas de cet ordre sont rencontrés annuellement, depuis plusieurs années.

Monsieur le Professeur Fruhinsholz a pensé qu'il serait intéressant de réunir ces observations, qui, jointes à quelques-unes de celles fournies par la Littérature médicale, permettraient d'étudier quels rapports unissent ce genre de malformations et la puerpéralité.

Cette étude comportera d'abord quelques mots d'historique. L'embryologie ne nous retiendra pas longtemps. La pathogénie des malformations sera ensuite étudiée. Puis nous tenterons un essai de classification des malformations utéro-vaginales. Enfin, l'étude des malformations se restreignant au déroulement génital total proprement dit, il en sera envisagé et l'anatomie, et ses rapports avec la puerpéralité, puis les complications possibles et enfin la conduite à tenir en pareil cas.

HISTORIQUE

Les malformations génitales ont été constatées dès la plus haute antiquité. Hippocrate et Aristote en signalent, le premier, dans ses Œuvres et son Traité des Maladies des femmes, le second, dans son livre « De generatione Animalium ». Pline l'Ancien rapporte le cas de la mère des Gracques, qui serait venue au monde avec les parties sexuelles imperforées. Au V ou VI^e siècle après J.-C., Aétius d'Amide, dans le XI^e Discours de ses œuvres, décrit trois espèces d'atrésies. Au XI^e siècle, Avicenne donne une nouvelle classification des atrésies vaginales suivant l'obstacle qu'elles opposent, soit à l'écoulement des règles, soit à la sortie de l'enfant.

Ambroise Paré, au XVI^e siècle, rapporte le cas d'un diaphragme vaginal chez une femme enceinte. L'incision fut faite au 3^e mois, l'accouchement eut lieu normalement 6 mois après. Toujours à la même époque, Dalechamps décrit sommairement le siège et les symptômes des malformations vaginales.

Au XVII^e siècle, Ruisch donne la première observation d'accouchement empêché par une cloison membraneuse, incomplète, située derrière l'hymen

non déchiré. Il dut inciser deux membranes successives et l'accouchement se termina ensuite rapidement. Bartholin Th., en 1651 parle d'une femme qui présentait deux vagins s'ouvrant par deux orifices, l'un étroit, l'autre large et qui venait d'accoucher par ce dernier.

Au XIX^e siècle, Madame Lachapelle rapporte deux observations d'accouchements spontanés avec cloison transversale du vagin, et, dans sa *Pratique des Accouchements*, consacre un chapitre à ce sujet qu'elle intitule « Obstacles dus au vagin et aux parties molles ».

Mais jusqu'à ce moment, les auteurs s'étaient contentés de constater les anomalies, de les décrire, sans en chercher la raison embryologique. On rendait compte de tous ces faits observés dans l'espèce humaine, par l'anatomie comparée.

En effet, les malformations trouvées au niveau des organes génitaux de certaines femmes, se rencontrent d'une façon constante chez certains animaux. C'est ainsi que les marsupiaux ont un utérus et un vagin double.

Le lièvre et la lapine offrent un utérus cloisonné et présentent parfois un seul vagin. Les rongeurs, tels que la rate, ont un utérus nettement bicorne. Cette caractéristique très nette s'efface chez la chauve-souris. A l'échelle supérieure de l'espèce animale, chez la guenon, on rencontre les intermédiaires les plus rapprochés de l'état de normalité de l'appareil utéro-

vaginal de la femme. Les singes inférieurs possèdent encore l'utérus bicorne, qui disparaît chez les anthropoïdes, au point que la différenciation entre un utérus de cette race et un utérus humain est presque impossible. Mais l'explication de l'anomalie n'était pas fournie par l'anatomie comparée, et c'est à partir du début du XIX^e siècle qu'apparaît l'ère embryologique. Frankel en 1825, Müller en 1830, en donnent les premiers aperçus. Leurs travaux donnent naissance à de nombreuses recherches de J. Geoffroy St-Hilaire, Rathke, Mondini (1840), Bishoff (1842), Meissner; Bush, qui fit de ces anomalies, des arrêts de développement.

Rokitanski, en 1838, donne une classification des anomalies utérines, que Forster complète ultérieurement, mais sans donner d'explications embryologiques. Cruveilhier publie également une classification ainsi que Küssmaul, mais celui-ci en étudie la base embryologique. Lilienfeld, Thiersch, Leuckart, Kölliker, Dohrn émettent des théories embryologiques différentes sur certains détails. Le Fort consacre en 1863 sa thèse d'agrégation aux vices de conformation de l'utérus et aux moyens d'y remédier. Tourneux et Legay, Debierre, en 1892 discutent les conceptions embryologiques. Puis les rapports, thèses, travaux se font de plus en plus nombreux : Budin, Pick, Muller, Tarnier, Pinard, Bar, Pozzi s'en sont occupés.

En 1904, Wertheim fait paraître un important article. En 1910 on trouve les travaux de G. Piquand et de Menge.

Les différents ouvrages d'obstétrique envisagent ces malformations ; il en est ainsi dans le traité d'obstétrique de Maygrier, les éléments d'obstétrique de Wallich, le traité d'obstétrique de Fabre et l'article « Malformations congénitales de l'utérus » de Treub et Brindeau, dans la Pratique de l'art des accouchements de Bar, Brindeau et Chambrelent.

De nombreuses thèses ayant trait aux malformations génitales, à leur embryologie, sont soutenues par Chéron, Pruvost (Paris), Bournous (Bordeaux), Le Maître (Paris), Bousquet (Montpellier), Beasse, Le Besque, Stern, Gaulène, Pamboukis, Gross (Nancy), Guillemin (Nancy), Bouscarle (Paris), Magnon (Paris).

EMBRYOLOGIE

Pour bien comprendre la constitution des malformations génitales, il est nécessaire de recourir aux données fournies par l'embryologie.

A la quatrième semaine de la vie embryonnaire apparaît la première ébauche du système urogénital. A cette période le sexe est indifférent. De chaque côté de l'épine dorsale, sur la face postérieure du coelome, se différencient trois organes d'origine mésodermique, qui sont, de haut en bas : le pronéphros, le mésonéphros, et le métanéphros.

Le pronéphros s'atrophie et disparaît rapidement. Le métanéphros constituera le rein. Métanéphros et mésonéphros forment le corps de Wolff et son canal, qui sont l'origine des conduits urinaires.

Le mésonéphros subit des modifications intéressantes au point de vue génital. Chez l'embryon humain de 7 mm., l'épithélium coelomique, qui tapisse la face interne du mésonéphros, s'épaissit et prolifère pour former l'épithélium germinatif. Celui-ci émet des bourgeons et des stries transversales qui s'anastomosent entre eux et, s'isolant peu à peu de

l'épithélium qui leur a donné naissance, ils constituent la glande génitale.

L'épithélium de la face externe du mésonéphros, par un processus identique à celui de la face interne s'épaissit et se déprime de manière à former une gouttière, dont le bord est libre. Ce bord libre forme un cordon plein qui se creuse et constitue un canal : c'est le canal de Müller.

Vers la 6^e ou 7^e semaine on trouvera donc chez l'embryon un organe pair : le corps de Wolff constitué de deux parties : l'inférieure, urinaire, constituée par le métanéphros dont les canaux à direction transversale se jettent dans le canal de Wolff ; la supérieure, formée de la glande ou organe génital et du canal de Müller.

Ces deux canaux nous intéressent particulièrement du point de vue des malformations utéro-vaginales : voyons quelle est leur situation topographique et leur destinée.

Le canal de Wolff et le canal de Müller descendent parallèlement en bas et en dedans ; ils constituent à eux deux le cordon urogénital ; celui-ci, continuant la même direction rencontre sur la ligne médiane le cordon urogénital du côté opposé. Ils se fusionnent à ce niveau formant un cordon médian : le cordon génital.

Chacun des deux cordons urogénitaux contient donc deux conduits à direction à peu près parallèle, dont l'un, situé profondément, est le canal de Wolff,

et dont l'autre, plus superficiel, s'ouvre dans la cavité péritonéale par une extrémité supérieure évasée en forme d'entonnoir : le conduit de Müller.

Après un stade indifférent, qui dure jusqu'au 3^e mois de la vie intra-utérine, les corps de Wolff, les glandes génitales, les conduits de Müller et les canaux de Wolff suivent une destinée diamétralement opposée. Les canaux de Wolff persistent chez l'homme et disparaissent chez la femme, hors quelques vestiges. Au contraire les canaux de Müller s'atrophient chez l'homme et évoluent chez la femme ; ils s'accroissent de haut en bas, de manière à rejoindre le sinus urogénital avec lequel ils s'abouchent séparément ; ils sont particulièrement intéressants, car ce sont eux qui donnent naissance aux trompes, à l'utérus et au vagin.

La glande génitale située sur le côté interne du canal de Müller est reliée à la paroi coelomique par le ligament inguinal, futur ligament rond, et qui, passant au-devant du cordon urogénital, s'insère sur lui.

Cette insertion permet de diviser les canaux de Müller en deux segments distincts dont l'évolution sera différente : le segment supérieur qui correspond à peu près au tiers de la longueur du canal de Müller, donnera la trompe ; quant au segment inférieur, il ira s'accoler sur la ligne médiane avec le cordon urogénital du côté opposé. Vers le quatrième mois cet accollement devient une véritable fusion des canaux

de Müller, lesquels constituent alors un canal impair et médian, aux dépens duquel se développent de haut en bas, l'utérus et le vagin, et qu'on dénomme pour cette raison canal génital ou encore canal utéro-vaginal.

L'extrémité inférieure du canal vaginal vient déboucher dans un espace compris entre l'ouverture de la vésicule allantoïde en haut, l'arrivée du canal intestinal en bas et une membrane en avant : c'est le cloaque.

Vers le 26^e jour, entre les canaux de Wolff et de Müller, et l'intestin en arrière, une cloison s'avance et vient rejoindre la membrane cloacale en avant. Le cloaque se trouve ainsi divisé en deux : la partie antérieure sera le sinus urogénital, la postérieure, l'anus.

Le septum uro-rectal, en rejoignant la membrane cloacale, divise celle-ci en une partie inférieure, qui est la membrane rectale et une supérieure qui est la membrane uro-génitale. Celle-ci est la première à se perforer. En s'ouvrant ainsi à l'extérieur, elle donne la fente génitale qui n'est autre que l'ouverture externe du vagin. Après différentes modifications, qui auront pour but la formation du clitoris, des grandes et des petites lèvres, ce qui restera de la membrane uro-génitale qui n'a pas été différencié prendra le nom de vestibule. Quant à l'hymen, il est formé par la réunion de saillies de l'épithélium de la partie inférieure du sinus uro-génital. En résumé, vagin et utérus naissent par segmentations successives d'un même groupes d'organes : les canaux de Müller. La partie

inférieure de ces canaux s'accole pour donner un conduit unique, qui est le vagin en bas et l'utérus en haut. Quant à la partie supérieure des canaux de Müller, celle qui est séparée, elle donne deux conduits différents : les deux trompes.

La constitution de l'utérus est donc bien la résultante de l'accolement des deux canaux de Müller. Pour ce qui est de la formation toute inférieure du vagin, celle-ci est beaucoup discutée.

Pour les uns, il provient du cloisonnement du sinus uro-génital (Vanentin, Retterer, Pozzi), pour d'autres, il résulterait d'une évagination du sinus uro-génital ; certains enfin admettent qu'il serait dû à l'accolement des canaux de Müller. Il serait téméraire de trancher cette question encore à l'étude.

CLASSIFICATION

La classification des malformations génitales a fait l'objet de nombreux essais : Cassan, Cruveilhier, Barth, Küssmaul, Le Fort, Ombrédanne et Martin se sont attachés à donner des classifications. Peut-être sont-elles un peu compliquées ou n'intéressant qu'une catégorie de malformations. Il a paru intéressant de chercher une classification simple, compréhensible à première lecture, utilisant des termes ne prêtant à aucune controverse ou interprétation erronée.

Il semble préférable de ne pas chercher la base d'une classification dans l'embryologie ; celle-ci nous servira seulement à comprendre la genèse de la malformation ; pour un essai de classement nous prendrons les faits tels qu'ils se présentent et nous tenterons de les unir par analogie.

On pourra donc diviser les malformations utéro-vaginales en trois catégories :

- A) Malformations utérines seules.
- B) Malformations utéro-vaginales.
- C) Malformations vaginales.

A) Les malformations utérines comprendront les utérus doubles et les utérus bicornes.

1° *Les utérus doubles* sont ceux qui comportent deux cavités et deux cols ; suivant l'accolement plus ou moins complet de ceux-ci, nous aurons trois catégories d'utérus doubles :

- a) l'utérus double à corps et cols indépendants ;
- b) — — — indépendants et cols accolés ;
- c) — — — et cols accolés.

2° *Les utérus bicornes* : ceux-ci ont comme particularité d'avoir un col unique ; quant à la cavité utérine, elle est formée de deux parties plus ou moins distinctes suivant que les deux cornes sont plus ou moins intimement fusionnées, ce qui peut donner dans un cas extrême deux cornes indépendantes avec septum descendant jusqu'au col, ou à l'opposé, un utérus cordiforme dont le seul vestige d'accolement consiste en une légère incisure sur le fond utérin.

Suivant le degré d'accolement nous proposons deux catégories : suivant que l'accolement se fait au-dessus ou au-dessous de l'isthme, nous dirons qu'il s'agit d'un utérus bicorne *séparé* ; lorsque l'accolement se fera à partir ou au-delà de l'isthme vers le fond, il s'agira d'une forme *accolée* ; donc, nous aurons deux catégories d'utérus bicornes :

- a) l'utérus bicorne séparé (accolement à partir ou au-dessous de l'isthme, vers le col);
- b) l'utérus bicorne accolé (accolement dépassant l'isthme en remontant vers le fond).

Chaque catégorie pourra se subdiviser elle-même en 3 parties suivant qu'il y a développement plus important d'une corne par rapport à l'autre ou que toutes deux soient de même taille.

Nous aurons donc pour chaque catégorie la classification suivante :

- (a) Utérus bicorne séparé ou accolé :
 - à prédominance gauche (corne gauche plus développée);
 - à prédominance droite (corne droite plus développée);
 - sans prédominance.

B) *Malformations utéro-vaginales.*

Pour les malformations utéro-vaginales, il nous suffira d'adjoindre à la classification précédente les malformations vaginales, qui se rencontrent avec les malformations utérines.

En premier lieu, la *cloison antéro-postérieure* divise la cavité vaginale en deux parties. Les deux vagins peuvent s'ouvrir à l'extérieur; l'un au contraire, peut constituer une cavité close. Dans le premier cas nous aurons un *vagin double*, ou duplicité vaginale; dans le second un *vagin borgne* (vagin borgne latéral de Pozzi). A propos du premier cas, cette

duplicité vaginale peut s'accompagner d'un utérus double ; nous réserverons à cette association le nom de dédoublement génital qui fait le sujet de ce travail.

En second lieu le diaphragme vaginal qui divise la cavité vaginale en deux chambres : une inférieure, une supérieure. Ce diaphragme peut être complet, c'est-à-dire qu'il fait le tour de la cavité vaginale ; partiel (incomplet) en ne comportant qu'une surface d'insertion limitée ; étagé : celui-ci est en fait constitué par plusieurs diaphragmes, incomplets en général, insérés à différentes hauteurs de la cavité vaginale.

En troisième lieu les brides vaginales.

On ajoutera donc à la terminologie précédente. concernant les utérus, la malformation vaginale qui y correspond. On dira donc par exemple : Utérus bicorne séparé sans prédominance avec duplicité vaginale, pour indiquer qu'il existe une malformation utérine, caractérisée par un utérus à col unique, mais dont les cornes de volume égal sont indépendantes, ne se rejoignent qu'au niveau ou au-dessous de l'isthme, laquelle malformation s'accompagne également d'une cloison vaginale antéro-postérieure.

C) *Malformations vaginales*. Nous ne reviendrons pas sur la classification de celles-ci qui est simple :

- 1°) Cloison vaginale antéropostérieure ;
- 2°) Diaphragmes vaginaux, complets, incomplets, étagés ;

3°) Brides vaginales.

Nous avons essayé en ces quelques lignes de présenter une classification simple des malformations génitales ; sans doute, elle n'est pas sans défaut ; peut-être présente-t-elle quelques lacunes ; mais nous avons essayé de la rendre claire, accessible, avec possibilité d'y faire rentrer tous les cas courants, sans employer de terminologie barbare, dont le moins qu'on puisse dire est qu'elle nécessite, pour l'expliquer, la présence du dictionnaire grec ou latin.

Dans cette étude, nous ne considérerons que les utérus doubles accompagnés de vagins doubles. Nous donnerons à cette malformation le nom de dédoublement génital. Cette dénomination ne comprendra pas les utérus doubles dont l'un est en rapport avec un vagin borgne ; seuls seront envisagés les cas où il existe deux utérus correspondant à un double canal perméable, aboutissant normalement à la vulve. Nous considérerons également comme dédoublement total les cas où la cloison vaginale descend jusqu'à 3 cm. au maximum de l'orifice vulvaire. En effet, si elle prend naissance plus haut, elle peut être considérée comme une bride vaginale, d'autant plus qu'elle est dans ce cas, grêle et perforée d'orifices multiples ou unique, faisant communiquer plus ou moins largement les deux cavités vaginales.

DESCRIPTION ANATOMIQUE

Nous considérons séparément l'anatomie utérine et l'anatomie vaginale.

Utérus. — Les utérus affectent ordinairement une forme ovoïde lorsqu'ils sont séparés ; la grosse extrémité est constituée par le fond.

En principe, une trompe et un ovaire correspondent à un utérus ; on doit cependant citer les cas d'Hunnack-Creasdule et de Gauthier où chaque utérus possédait une paire d'annexes. Les dimensions respectives des deux corps sont variables : quelques fois ceux-ci sont égaux et, dans ces conditions leur masse totale excède celle d'un utérus normal. Plus souvent les deux utérus sont inégaux, parfois même l'un d'eux est atrophié, au point qu'il apparaît comme une petite tumeur située au voisinage de l'autre utérus. Dans les obs. I-IV-V, il existe une disproportion importante entre les deux utérus. L'utérus aberrant de l'obs. IV constitue presque un récessus de l'utérus principal. D'autres fois la disproportion est moins accentuée et on constate une légère différence entre les deux organes au profit de l'un ou de l'autre. Tel est le cas de

l'observ. III, où les deux cavités utérines sont presque de même dimension. Leur direction est également variable; ils divergent à partir d'un point représenté par leur zone d'accolement, s'ils sont plus ou moins fusionnés, ou à partir de leur insertion vaginale, s'ils sont séparés (obs. V); dans ce cas, ils sont rarement symétriques par rapport à la ligne médiane et forment avec celle-ci un angle différent à droite et à gauche.

Le corps et l'isthme de ces utérus sont rudimentaires et la plupart du temps, l'angle normal formé entre le corps et le col est très élargi ou nul; dans ce cas le col et le corps sont dans le même axe.

Souvent les deux utérus ne sont pas dans le même plan frontal: dans la majorité des cas l'utérus gauche est situé dans un plan plus antérieur que le droit. Comme l'a démontré Ferroni, ce fait s'explique par l'embryologie; en effet, le canal de Müller gauche est situé sur un plan plus antérieur que le droit et l'accolement peut se faire dans cette situation particulière. Von Guerard rapporte même un cas où cette disposition était exagérée au point qu'il existait un utérus antérieur et un utérus postérieur; on peut rencontrer la disposition inverse, mais celle-ci est la conséquence d'inflammations pelviennes responsables d'adhérences qui attirent et fixent l'utérus dans une position anormale. Dans l'observation V, on a remarqué cette disposition au niveau des cols, celui de gauche étant situé un peu en arrière du col droit, mais dans ce cas

probablement, l'examen ayant été fait après l'accouchement, le traumatisme obstétrical est-il entré en jeu et le passage de la tête a-t-il modifié les rapports respectifs des 2 cols? Mais ces dispositions spéciales n'empêchent pas les utérus de prendre des positions vicieuses; parfois, il s'agit d'ante ou de rétroflexion, celle-ci étant la plus habituelle.

Les cols utérins sont dans certains cas absolument séparés; dans d'autres, ils seront accolés au point qu'on ne pourra délimiter entre eux de sillons antérieurs ou postérieurs.

Dans les obs. I et V les cols sont nettement séparés ainsi que les corps utérins. Dans l'obs. II, on verra que les corps et les cols sont accolés, tandis que dans l'observation IV les cols sont accolés et les corps indépendants.

Au point de vue vascularisation, il existe une artère utérine sur les bords externes des utérus; quant aux bords internes, ils sont presque avasculaires.

Vagins. — En général, les vagins sont accolés en canons de fusil. La cloison qui les sépare, est ordinairement antéropostérieure de telle sorte qu'il existe un vagin droit et un vagin gauche; il en est ainsi dans toutes nos observations; des anomalies peuvent se rencontrer; Breyski signale un cas où la cloison affectait une forme hélicoïdale. Von Guérard, dans le cas précédemment rapporté avait trouvé une cloison transversale qui divisait le vagin en une cavité antérieure et une cavité postérieure. Ces cas particuliers s'expli-

quent toujours par la disposition anatomique primitive exagérée des canaux de Müller. Mais habituellement, les deux vagins sont latéraux. La cavité est de dimension variable à droite ou à gauche; l'un des deux vagins peut être atrétique, l'autre normal. Dans les observations V et XII, le vagin droit est plus volumineux; le gauche (obs. XII) était nettement plus petit et n'admettait qu'un spéculum de vierge. La cavité la mieux développée aboutit ordinairement à un col mieux conformé et plus large que du côté opposé. Dans d'autres cas les deux cavités sont identiques, normalement développées ou au contraire hypertrophiées. Il arrive que l'un des vagins soit réfloré et que l'autre ait conservé un hymen intact. C'était le cas rapporté dans l'observation IV, mais la femme, troublée sans doute par cette situation paradoxale, n'a-t-elle rien eu de plus pressé que de mettre un terme à cette héli-virginité, en se faisant rapidement déflorer du côté vierge. La cloison elle-même peut s'étendre sur toute la hauteur du vagin sans solution de continuité; en haut elle s'insère entre les cols utérins, en bas elle se termine à l'orifice vulvaire, par un bord mince à concavité inférieure (obs. XI), à moins qu'il ne s'agisse d'un rebord épais, légèrement festonné. En général, elle est assez épaisse. Dans l'obs. I on a trouvé 5 mm.; dans l'obs. VII, 8 à 10 mm.; mais les dimensions varient pour la même cloison, et elle peut s'amincir à la partie moyenne (obs. I) étant plus épaisse en haut et en bas.

ETIOLOGIE

Les choses étant ainsi mises au point, voyons tout d'abord si nous pouvons attribuer à cette malformation une origine précise. Certains auteurs ont voulu faire de cette anomalie une évolution récessive, reproduisant chez la femme un type normal pour une espèce animale donnée. D'autres en rendent l'hérédité responsable. On a également incriminé une cause mécanique, capable d'empêcher le rapprochement et l'union des canaux de Müller; c'est ainsi qu'on a constaté la présence d'une cloison vésico-rectale; le rectum et la vessie pourraient également s'interposer entre les canaux de Müller. Gratzner admet l'existence d'une péritonite foetale qui, par suite d'adhérences et de brides consécutives, empêcheraient les canaux de Müller de se rapprocher de la ligne médiane. Küssmaul et Meyer estiment que la brièveté des ligaments utérins et surtout des ligaments ronds, est la raison principale du défaut d'accolement. Pick croit que des débris glandulaires, issus du corps de Wolff déterminent entre les canaux de Müller des inclusions, lesquelles, en proliférant, empêchent la coalescence. Quant à

Pozzi, il admet que la grosse majorité des cas de malformation est due à un arrêt de développement. Peut-être dans d'autres cas, une origine inflammatoire entre-t-elle en jeu? La question est difficile à trancher. Nous avons recherché s'il pouvait y avoir un rapport manifeste entre la syphilis et ce genre de malformation. Dans un seul cas de Cl. Beclère(in these Magnan), il semble qu'on ait affaire à une femme hérédosyphilitique : elle a fait deux fausses couches et sur 7 grossesses à termes, 4 enfants sont morts en bas âge. Mais cette observation n'est pas suffisante pour incriminer les antécédents spécifiques. En effet, les autres observations ne nous permettent pas de conclure en faveur de cette hypothèse. Les antécédents héréditaires de plusieurs autres femmes ne sont pas chargés ; on ne trouve chez aucune l'existence de stigmates spécifiques (becs de lièvre, malformations dentaires, front olympien, gommès, etc...) les signes ovulaires manquent également ; on ne trouve pas de gros œufs, pas de gros placentas, pas de gros enfants. Il semble donc bien difficile d'admettre cette origine pour les dédoublements génitaux totaux. Comme celle de bien des malformations elle reste mystérieuse ; la nature est en droit d'avoir une imperfection parmi tant de réussites.

DEDOUBLEMENT, VIE GENITALE ET FERTILITE

Nous allons maintenant envisager les rapports existant entre le dédoublement génital et la puerpéralité.

En premier lieu, nous étudierons quels rapports unissent le dédoublement génital total, la vie génitale et la fertilité. Puis nous verrons quels incidents elle peut apporter au cours de la grossesse, quelles complications elle est susceptible d'entraîner durant l'accouchement, lors de la délivrance et enfin dans les suites de couches.

En général, le dédoublement total du canal utéro-vaginal passe inaperçu ; les femmes ignorent la plupart du temps la malformation dont elles sont porteuses. C'est dire que cet état n'entraîne pas en général de complications.

Les règles subissent peu de modifications, elles apparaissent à l'âge habituel entre 13 et 15 ans ; en général indolores, leur abondance varie avec les femmes. Sans doute des auteurs, Gautrelet (Malformations de l'utérus et accouchement - thèse Paris 1895-1896) Béasse (thèse Paris 1903 - Contribution à l'étu-

de des malformations génitales chez la femme) ont constaté des modifications des règles. Mais dans ces cas on ne peut guère incriminer le dédoublement génital. On a signalé, et une de nos observations relate cette particularité, l'alternance de règles abondantes avec des règles moins copieuses et ceci très régulièrement; peut-être ce fait est-il plus en rapport avec la duplicité utérine, s'expliquant, soit par l'existence d'un utérus moins bien développé qui donnerait un flux menstruel moins abondant, soit par une déficience ovarienne unilatérale. Il serait intéressant de savoir si dans le cas de duplicité utérine les deux utérus prennent part en même temps au flux menstruel ou s'ils se relaient. Il semble que les deux cas peuvent se produire : Andrieux (in thèse Beasse) a signalé que l'écoulement se faisait par un seul col à la fois; en règle générale, et par suite de la réaction synergique des deux organes, il semble que le flux menstruel se produise des deux côtés. Théoriquement on peut admettre que les deux utérus prennent part en même temps au phénomène du flux menstruel (une vérification ne serait peut-être pas inutile); dans ce cas, il faut admettre, puisqu'il y a alternance régulière, que les ovaires travaillent alternativement et que l'un des deux présente une activité moindre, celle-ci étant en rapport avec un certain défaut de développement parallèle à celui qui a engendré le dédoublement génital.

On a observé également des règles apparaissant deux fois dans le même mois ou à des intervalles beaucoup plus rapprochés que normalement.

Pour la duplicité vaginale, elle peut n'entraîner aucun incident ; lors du coït, les deux vagins peuvent être successivement habités, mais il arrive que l'un soit défloré et que l'autre ait conservé l'hymen intact. L'obs. IV en donne un exemple. Dans d'autres cas l'un des deux vagins sera moins perméable, plus atrétique et le coït pourra, lorsqu'il s'accomplit dans cette cavité, entraîner une certaine gêne et parfois des douleurs.

On a signalé l'imperforation de l'hymen entraînant au moment des règles des douleurs violentes, comme l'a rapporté Schöder relaté par Malolescu.

La fécondabilité n'est pas diminuée par l'existence d'un dédoublement génital total ; les deux utérus sont aptes à recevoir les spermatozoïdes et l'œuf fécondé. Une question importante se pose de savoir si les deux utérus peuvent être habités par deux grossesses d'âge différent. En principe, le développement d'une grossesse dans un des utérus entraîne des modifications de la caduque de l'autre au point que la nidation d'un œuf à son niveau paraît difficile. Plusieurs observations semblent contredire cette constatation ; Novicov (in Semaine Medicale 1902) rapporte trois observations où les différences d'âge entre les grossesses se chiffraient respectivement à 2 mois, 2 mois et une semaine et 3 mois. Il s'agit là, semble-t-il,

de véritables cas de superfétation. Mais peut-être aussi ne faut-il pas accorder à ces observations un trop grand crédit, car elles sont en opposition formelle avec les données modernes de la physiologie, selon lesquelles la fécondation d'un ovule entraîne la cessation des ovulations ultérieures durant la gestation.

Mais on peut concevoir une grossesse dans chaque utérus, celles-ci étant le résultat de la fécondation de deux ovules de même ovulation par des spermatozoïdes de coïts différents.

Par ailleurs chez une multipare, la nidation peut se faire dans un utérus ou dans l'autre. Dans d'autres cas, il arrive que la grossesse ne se produise que dans un utérus, ceci étant dû au fait que seul il soit capable de supporter la grossesse, ou que l'un des vagins ne permette pas l'habitation par suite de son atrésie.

La grossesse gémellaire dans le cas de dédoublement génital n'est pas non plus un cas exceptionnel. Quant à l'aptitude à la fécondation, d'après nos observations, sur 12 cas, on trouve 22 grossesses, soit une moyenne de 2 grossesses par femme. Mais ces chiffres ont peu de signification. Pour qu'ils en aient, il faudrait connaître toutes les femmes présentant un dédoublement génital et établir un pourcentage de grossesses par femme. Mais on sait que cette malformation passe très facilement inaperçue et peut-être est-elle responsable de cas de stérilité, imputée à une hypoplasie utérine indiscutable, mais coexistant avec un utérus double.

Il est donc difficile de se faire une opinion ferme sur l'aptitude à la fécondation des femmes présentant cette malformation ; on peut seulement dire qu'elle ne semble pas très modifiée.

DEDOUBLEMENT GENITAL ET GESTATION

La grossesse peut dans certains cas ne se ressentir aucunement du dédoublement génital. L'utérus gravide évolue pour son propre compte, repoussant latéralement ou en arrière l'utérus vide ; il ne se produit aucune manifestation anormale qui puisse attirer l'attention. Dans d'autres cas, au contraire, le dédoublement génital entraîne des complications ou des incidents. Certains auteurs ont rapporté comme premier trouble la persistance des règles. P. Müller, Ratcliffe, Gontermann, Henderson, Ferencyi, Dodge, ont publié des observations où pareil fait s'était produit. Sans doute des écoulements de sang se sont produits à l'anniversaire des règles normales après la conception, mais de là à admettre qu'il s'agit de règles véritables, il y a loin. Si on suppose possible la superfé-
tation, il faudrait admettre la persistance de l'ovulation ; dans ces conditions l'utérus non gravide et ses annexes vivraient une vie parfaitement indépendante de l'utérus et des annexes homologues. Cette hypothèse est contraire à la réalité. En effet, la fécondation détermine dans l'organisme féminin un véritable réflexe qui supprime le phénomène de l'ovulation. Ce

réflexe est sans doute d'ordre neuro-humoral (secrétion du corps jaune? secrétion du liquide intraovulaire expulsé lors de la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule?) et doit agir sur les deux ovaires et sur les deux utérus. Comme les règles supposent une ovulation sans fécondation consécutive, si l'ovulation est supprimée dans les deux ovaires, on ne peut rencontrer de règles chez une femme enceinte. Il ne s'agit donc pas de règles, mais d'écoulement de sang au moment de l'époque anniversaire des règles; c'est le cas relaté dans les obs. I et II. Comment expliquer ces pertes rouges? Deux hypothèses sont admissibles :

Primo : l'existence d'endométrite ; secondo : la transformation de la muqueuse de l'utérus non grévide en caduque.

L'altération de la muqueuse utérine par l'infection entraîne le développement d'une vascularisation plus intense de celle-ci ; comme d'autre part l'implantation de l'œuf détermine une hyperhémie localisée et qu'enfin, on sait qu'il se produit souvent dans l'utérus grévide une congestion au moment de l'époque anniversaire du flux menstruel, on comprend qu'à ce moment puissent se produire quelques ruptures vasculaires dont l'écoulement a pu en imposer pour des règles. Ce qui pourrait confirmer cette hypothèse, c'est que les auteurs précités ont remarqué que le sang émis à ce moment ressemblait souvent à une sérosité sanglante, plutôt qu'à du sang ; en effet, dans ce cas, le sang en faible quantité, a pu se mélanger

aux sécrétions utéro-vaginales, normalement plus abondantes en période de gestation ; à moins qu'à ce moment d'hyperhémie, la rupture vasculaire s'accompagne de l'éclatement de quelques kystes séreux d'origine endométritique et produise au moment de l'anniversaire menstruel, une véritable hydorrhée déciduale temporaire.

L'autre hypothèse est que l'écoulement ait pour origine l'utérus non gravide. En effet, celui-ci présente parallèlement à son conjoint des phénomènes particuliers ; sa muqueuse se transforme également en caduque et si celle-ci a un caractère pathologique, d'origine métritique par exemple, on conçoit facilement un écoulement de sang à la période correspondante des règles, s'expliquant par le même phénomène congestif que précédemment.

Plus tard, dans le courant de la gestation, des hémorragies sont encore possibles, elles peuvent tenir à l'insertion vicieuse du placenta sur la cloison par exemple, ou sur le segment inférieur. Béasse, dans sa thèse expose la théorie de M. Molaillon qui, en 1877, attirait l'attention sur le fait que le vice de conformation utérine contribuait à l'insertion basse du placenta.

Comme autre accident, certains auteurs, Gautrellet par exemple dans sa thèse, ont rapporté l'existence de vomissements graves, d'œdème des membres inférieurs, dans un cas de dédoublement génital, mais on ne voit pas suffisamment le lien de cause à effet,

entre la malformation et ces syndromes, pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter.

Mais, il existe au cours de la grossesse, des accidents importants sur lesquels il faut insister, ce sont l'avortement, l'accouchement prématuré et la rupture utérine.

Souvent certes, une grossesse produite dans un utérus double évolue jusqu'à terme. Mais l'interruption de la gestation avant ou après le 6^e mois est un fait proportionnellement beaucoup plus fréquent qu'au cas de grossesse dans un utérus normal. Goutermann rapporte le cas d'une femme qui, sur 12 grossesses eut 8 avortements, 1 accouchement prématuré et 3 grossesses normales seulement. Pfannenstiel a observé 12 cas d'utérus didelphes avec 26 grossesses, dont 11 se sont terminées par des avortements. Bouscarle, dans sa thèse, relève, sur 56 grossesses, 12 avortements et accouchements prématurés. En général, d'après les auteurs la proportion d'avortements et d'accouchements prématurés est d'environ 40%. D'après nos observations, sur 22 grossesses, on trouve 45% d'avortements.

Dans un cas que nous rapportons (Obs. III) sur 4 grossesses 3 se sont terminées par des avortements respectivement de 3 mois 1/2, 4 mois et 4 mois 1/2. Dans un autre cas (obs. V) la femme accouche prématurément à 8 mois. MM. Trillon, Michon et Ollagnier donnent l'observation (obs. VI) d'une femme qui, sur 6 gestations, en a eu 5 terminées par des avortements

au 2° mois. Dans l'observation de M. Potocki (obs. VII), la parturiente accouche à 8 m. 1/2.

Cette intolérance utérine à la grossesse s'explique aisément. Les utérus doubles ont souvent une paroi musculaire mal développée; dans ces cas, il est probable que la distension utérine entraîne, de la part du muscle, une réaction de défense, se traduisant par des contractions utérines anticipées, qui entraînent l'avortement.

Il peut arriver, du reste, que l'un des deux utérus soit mieux développé que l'autre; dans ce cas si la grossesse se développe dans l'utérus le mieux constituée, elle va à terme; mais ultérieurement une grossesse peut s'implanter dans l'utérus mal développé; dans ce cas un avortement pourra survenir; ceci explique que, hors toute autre cause, dans le cas de malformation utérine par dédoublement, un avortement peut succéder à un accouchement à terme.

Par ailleurs, la grossesse se développant dans un utérus mal formé, il peut se produire le phénomène rencontré dans les utérus gravides à type infantile; les premières grossesses se terminent par des avortements successifs, mais de date se rapprochant progressivement du terme, jusqu'au moment où la grossesse aboutisse à son terme normal. Il est probable que, dans ce cas, il se fait une adaptation progressive de la cavité utérine et que le muscle utérin se développe un peu plus à chaque gestation, jusqu'au moment où sa qualité lui permet de supporter une gros-

sesse à terme. Béasse cite une observation de Brouha, dans laquelle il s'agit d'une femme présentant un utérus double et qui a fait d'abord un avortement de 5 mois $1/2$, puis deux accouchements prématurés à 6 mois $1/2$ et enfin une quatrième grossesse terminée à 7 mois $1/2$.

Enfin un accident beaucoup plus grave peut se produire en cas d'aplasie utérine; sous l'influence du développement de l'œuf, loin de se contracter, la paroi utérine peut se laisser distendre jusqu'au moment où elle cède. Il s'ensuit une rupture dont le pronostic est extrêmement grave si l'intervention urgente ne vient pallier à cet accident.

Mais nous n'avons envisagé que la grossesse simple; à plus forte raison ces accidents ou incidents peuvent-ils se produire s'il s'agit d'une grossesse gémellaire, auquel cas la distension utérine est poussée à son maximum.

De même, dans un cas d'utérus double, on peut avoir des cas de superfécondation, c'est-à-dire fécondation de deux ovules de même ovulation par deux spermatozoïdes de coïts différents. Cette superfécondation peut se produire de telle sorte que les deux utérus soient gravides, ce qui aboutit habituellement à l'avortement des deux grossesses; cependant, on a cité le cas d'un avortement pour l'un des utérus, tandis que dans l'autre, l'œuf continuait à se développer.

Il arrive également que les deux utérus étant gravides, les deux grossesses puissent être conduites

près du terme et donner deux enfants vivants viables. Tel est le cas du Dr. Geiss, rapporté par Le Fort dans sa thèse d'agrégation, où une femme de 30 ans accoucha d'abord de son utérus droit, puis du gauche à une heure d'intervalles et donna naissance à 2 enfants normalement conformés et bien portants.

En résumé, on doit retenir que durant la grossesse les incidents et complications dus au dédoublement génital sont sous la dépendance utérine, et que parmi eux doivent prendre place, les pertes de sang, l'avortement, l'accouchement prématuré et la rupture utérine, celle-ci étant à vrai dire exceptionnelle.

DEDOUBLEMENT GENITAL

ET ACCOUCHEMENT

Le dédoublement de l'appareil génital n'est pas sans entraîner de complications au cours de l'accouchement; souvent cependant, et même couramment l'accouchement est normal; dans ce chapitre, nous allons donc en premier lieu étudier la marche normale de l'accouchement en cas de dédoublement total; en second lieu, nous envisagerons les complications possibles résultant de cette malformation.

Accouchement normal en cas de dédoublement génital.

Le plus souvent le mécanisme est celui de l'accouchement normal; rien ne vient contrarier l'engagement du pôle foetal; les contractions utérines le font progresser normalement, la dilatation du col s'effectue sans incidents; la rupture de la poche des eaux est parfois prématurée; mais dans ces circonstances où rien ne laisse supposer la malformation, que deviennent et l'utérus non gravide et la cloison vaginale?

L'utérus non gravide participe pour sa part aux phénomènes du travail. Son col subit des modifications, il se dilate si les deux cornes sont complètement accolées ou réunies dans leur portion sus-vaginale. Au contraire, si les deux cornes sont complètement indépendantes la dilatation est unilatérale et se fait du côté gravide. De plus l'utérus libre est, lui aussi, animé de contractions, synchrones de celles de l'utérus gravide. On les perçoit aisément à la palpation, donnant de l'utérus libre l'impression d'une petite masse se durcissant aux côtés de l'utérus gravide. La durée de la contraction est la même que pour celui-ci. La constatation de ce phénomène est, du reste, un facteur important du diagnostic comme nous le verrons.

Au cours de la progression fœtale dans l'excavation, l'utérus non gravide, ou bien remonte dans la cavité abdominale, donnant libre passage à la présentation, ou bien ne trouvant pas d'issue, comprimé entre la présentation et un segment osseux, se trouve dans ce cas véritablement laminé et l'expulsion se produit normalement.

Du point de vue vaginal, lorsque tout est noral, la cloison s'applique contre le vagin correspondant (obs. I) à moins, comme cela se produit le plus souvent que la cloison ne se déchire devant la présentation (obs. V).

Complications dues au dédoublement génital.

Mais les choses sont souvent loin de se passer aussi simplement, les complications et les anomalies ne sont

pas rares. Elles intéressent la présentation, l'utérus et le vagin.

Le dédoublement génital s'accompagne souvent de présentations anormales. On rencontre très fréquemment la présentation du siège. D'après nos observations nous trouvons sur 12 accouchements 6 présentations de siège ; nous obtenons donc une proportion élevée de 50 % de sièges dans le dédoublement génital. Cette disposition est la conséquence probable de l'aplasie utérine relative et des modifications apportées dans la forme du moule utérin par la malformation. Peut-être la présence de la corne non gravide entraîne-t-elle aussi un trouble dans les rapports qui doivent normalement unir le fœtus et la cavité utérine, et être en partie responsable de cet état de chose.

Pour les complications utérines, nous irons du plus simple au plus compliqué. Les auteurs signalent en cas de dédoublement génital une durée de travail prolongée : la moyenne habituelle est de 20 heures ; pour les primipares elle serait de 24 heures environ tandis que pour les multipares elle serait de 15 h. Ces chiffres ne correspondent pas à ceux que nous avons calculé pour nos observations. La durée moyenne du travail est ici nettement inférieure à celle signalée par les auteurs ; elle est respectivement pour les obs. 1-2-4 et 5 de 5 heures et quelques minutes, 7 h. 40 m., 5 h. 5 et 29 H., ce qui nous donne une moyenne de 11 heures environ comme durée de travail pour chaque parturiente ; mais ces chif-

fres ne tiennent pas compte des observations VI et VII dans lesquelles une intervention a terminé une longue expectation. Il semble donc bien que dans certains cas la durée du travail soit prolongée. C'est qu'en effet les contractions sont en général faibles, irrégulières, sans grand effet. Dans un cas rapporté par M. Fruhinsholz et Gross, le travail s'est prolongé durant plus de 47 heures. Schwabb rapporte un cas où le travail s'explique par la faiblesse et l'insuffisance de la paroi utérine mal développée. Cette insuffisance musculaire a été du reste nettement constatée au cours d'une opération césarienne pratiquée par M. Potocki dans un cas d'utérus double, et dans lequel l'épaisseur de la paroi utérine ne dépassait pas un centimètre sur toute la hauteur de l'incision. Cette insuffisance entraîne par suite une seconde complication : la fatigue rapide de l'utérus, les contractions normales, fortes et rapprochées dans la première période du travail s'affaiblissent et s'espacent dans la période terminale. L'inertie utérine peut s'ensuivre et nécessiter une intervention pour terminer l'accouchement.

Ensuite, il faut citer l'expulsion possible au cours du travail d'une caduque non embryonnée provenant de l'utérus non gravide qui participe lui-même aux contractions lesquelles peuvent détacher sa muqueuse hypertrophiée. Mais ceci ne peut être considéré comme un accident, tout au plus est-ce un incident qui peut mettre sur la voie du diagnostic.

Un autre obstacle, beaucoup plus sérieux, peut tenir à l'utérus non gravide. Nous avons vu que normalement,

par suite de l'engagement de la présentation, celui-ci est refoulé vers le haut dans la cavité abdominale, libérant l'excavation.

Mais il peut arriver que l'utérus non gravide, loin de remonter, se trouve enclavé dans l'excavation, jouant alors le rôle d'une tumeur praevia; cette circonstance étant réalisée dans les obs. VI et VII.

Pourquoi dans certains cas, l'utérus ne remonte-t-il pas au-dessus du détroit supérieur? Cette cause de dystocie réside dans le fait que l'utérus non gravide est souvent rétroversé; dans cette situation, en effet, la présentation repousse plus facilement devant elle une masse à grosse extrémité inférieure, qu'un utérus en situation normale dont l'aspect piriforme à grosse extrémité supérieure fait qu'une pression latérale à son niveau tend à le faire remonter. De plus, pour effectuer son mouvement d'ascension, cet utérus dévié devrait se remettre en situation normale, et on conçoit mal cette possibilité, lorsque la présentation bloque le détroit supérieur et tend à immobiliser la tumeur praevia constituée par la corne non gravide.

Mais hors la rétroversion, une autre cause peut empêcher l'évolution de l'utérus vide vers le haut. Il existe souvent, en effet, accompagnant la malformation génitale une bride antéro-postérieure vésico-rectale, capable de retenir l'utérus non gravide dans sa position basse, c'est ce qui s'est produit dans le cas rapporté par M. Potocki (obs. VII), où une bride de cet ordre constatée à l'opération a empêché l'utérus vide de remonter dans la

cavité abdominale, et de libérer le détroit supérieur.

Enfin, en cas de séparation absolue des deux utérus, on ne peut compter sur l'étirement du segment inférieur de l'utérus gravide pour entraîner son conjoint avec lui, vers le haut, comme cela se produit en cas de fibrome praevia du segment inférieur.

Dans ces circonstances l'accouchement par les voies naturelles est impossible et on est réduit à l'intervention comme nous le verrons plus loin.

Voyons maintenant quelle complication peut résulter de la malformation vaginale.

La cloison ne s'applique pas toujours contre l'autre hémi-vagin ; devant la largeur de la présentation, elle se déchire en haut la plupart du temps ; cette déchirure peut entraîner une hémorragie assez importante, qui en général, cesse, rapidement, dès que l'accouchement est terminé. Mais cette déchirure peut se prolonger et déterminer des dégâts sérieux au niveau de la muqueuse vaginale. Dans d'autres cas, la cloison vaginale s'oppose à la progression de l'enfant ; ce sont surtout les présentations de siège qui s'accompagnent de difficultés. Le fœtus risque de se mettre à cheval sur la cloison et lorsque cela se produit toute progression est rendue impossible, auquel cas il faut intervenir.

De toutes façons, la lenteur du travail, l'obstacle produit par la cloison, nécessitent souvent l'intervention. C'est ainsi que suivant nos observations, sur 9 accouchements, 5 fois on fut obligé d'intervenir ; sur 4 présentations du siège, une seule aboutit à un accouchement nor-

mal, 2 nécessitèrent une extraction et la 4^e une césarienne basse. Sur 5 présentations du sommet 3 se terminèrent par un accouchement normal, tandis que les deux autres aboutirent respectivement à une application de forceps et à une opération césarienne. Il est à remarquer que, dans aucun cas, on ne relève de morts fœtales. Parfois l'enfant est né étonné (obs. I-V-VIII) mais a été ranimé facilement.

Les poids des enfants sont en général inférieurs à la normale ; d'après 6 observations (obs. I-II-IV-V-VI-VII) nous obtenons un poids moyen de 2.840 gr. environ. Cette faiblesse du poids fœtal est sans doute la conséquence de l'accouchement légèrement prématuré, lui-même en rapport direct avec la malformation génitale.

En tout cas, nous n'avons trouvé aucun enfant dont le poids dépasse la moyenne, ce qui peut éliminer l'hypothèse de tare spécifique chez la mère.

DEDOUBLEMENT GENITAL TOTAL ET DELIVRANCE

La délivrance peut être parfaitement normale ; après 40 ou 50 minutes le placenta est expulsé dans le vagin. Le placenta est souvent normal comme poids, forme ou dimension ; les anomalies qu'il peut présenter ne sont pas sous la dépendance de la malformation génitale. Dans les observations I et II, la délivrance s'est effectuée normalement après 25 et 40 minutes. Les poids des placentats donnent une moyenne de 380 grammes, ce qui est plutôt au-dessous de la normale.

Mais la délivrance peut présenter des particularités ou accidents ; ce sont l'expulsion d'une caduque embryonnée, la rétention placentaire et les hémorragies. En effet, au cours de la délivrance, la contraction utérine s'effectue également sur l'utérus non gravide et peut aboutir à l'élimination de la caduque originaire de cet organe. Celle-ci est due à l'hypertrophie de la muqueuse vide. L'aspect de la caduque expulsée varie suivant que l'expulsion s'effectue en une ou plusieurs fois : dans le premier cas comme cela se produisit dans l'obs. X, la caduque est éliminée en

bloc et affecte souvent l'aspect d'un véritable moule de la cavité utérine dont elle provient, et dans ce cas est facilement reconnaissable ; dans le second cas, la muqueuse s'élimine par lambeaux, mais certains débris peuvent être retenus dans la cavité utérine et déterminer des accidents. Il est, en tout cas, difficile de les identifier et un examen consciencieux permet seul de les distinguer.

Le deuxième accident est constitué par le retard à la délivrance. On admet qu'après 2 heures si le placenta n'a pas été expulsé, la femme se trouve en état de rétention placentaire. Cette complication est, dans le cas qui nous occupe, la conséquence ou de l'inertie utérine — la faiblesse congénitale du muscle utérin pouvant en supporter la responsabilité — ou de la contracture localisée à une partie de l'organe, à moins que l'insertion placentaire s'effectuant sur la cloison interutérine, dans le cas d'utérus doubles accolés, la contraction musculaire n'agissant aucunement sur cette cloison, contenant très peu de fibres contractiles, le placenta ne puisse être décollé.

Le Maître apporte dans sa thèse deux cas de doublement génital total dans lesquels se produisit la rétention. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de 31 ans, primipare, ayant avorté à 4 mois 1/2 et dont le placenta n'était pas encore expulsé après plus d'une journée. La femme présentait de l'infection utérine, la délivrance artificielle la guérit. Le second cas (obs. de Bouffe de St. Blaise, Soc. d'Obs. et de Gyn.

1900) est celui d'une femme en état de rétention placentaire 4 jours après l'accouchement, et chez laquelle la putréfaction placentaire avait déterminé une septicémie suraigue entraînant la mort 7 jours après l'accouchement. Cette complication est donc particulièrement grave du fait de l'infection qui peut en résulter. Dans les observations que nous rapportons, la rétention placentaire ne se produit pas. Seulement, une délivrance se fit attendre et n'eut lieu, spontanément du reste, qu'une heure vingt après l'accouchement (obs. IV).

Mais un autre genre d'accidents est à redouter, ce sont les hémorragies possibles, celles-ci sont dues soit à l'inertie utérine secondaire, soit à l'insertion du placenta sur la cloison interutérine. Dans l'inertie utérine, en effet, la rétraction du muscle utérin est insuffisante; l'utérus reste mou, on le délimite mal; les sinus sanguins ouverts par le décollement placentaire restent béants et le sang s'écoule sans qu'un obstacle s'oppose à l'hémorragie. Cette inertie utérine est due souvent, dans les cas de dédoublement génital, à l'insuffisance de la musculature utérine ou à la longueur et l'irrégularité du travail, celles-ci pouvant être causées par l'hypoplasie utérine. C'est donc un véritable cercle vicieux.

Mais ces hémorragies peuvent être particulièrement graves lorsque le placenta s'insère sur une cloison inter-utérine, où les fibres musculaires sont peu nombreuses et par conséquent où la rétraction utérine

ne s'effectue pas. Ce genre d'hémorragies peut entraîner la mort de la femme par anémie aigue. La perte de sang se produit, soit avant, soit après l'expulsion du placenta. Avant, dans le cas où, le placenta en partie inséré sur la cloison, le décollement ne s'effectue pas par défaut de contractions, tandis que la partie correspondante au muscle utérin est décollée ; après, dans le cas où, le placenta étant inséré sur la cloison de séparation, l'oblitération vasculaire ne peut être obtenue par la contraction musculaire. Dans nos observations, nous n'avons du reste noté aucun accident hémorragique.

DEDOUBLEMENT GENITAL ET SUITES DE COUCHE

Les suites de couches peuvent être parfaitement normales, on ne remarque aucune anomalie, il n'y a pas de fièvre, les lochies ne présentent aucun caractère spécial.

Mais cette période est souvent incidentée.

En premier lieu, il faut noter l'expulsion de la caduque utérine correspondant à l'utérus non gravide; en effet, celle-ci peut ne pas être expulsée au cours du travail ou de la délivrance; c'est alors dans les suites de couches que la caduque s'élimine. Elle se présente sous la forme d'une petite masse arrondie de la dimension d'un œuf de pigeon ou de poule et qui correspond à un moulage de la cavité utérine. Bouscarle en donne une description histologique, qui correspond à celle d'une véritable caduque. On y retrouve les lacs sanguins séparés par des travées de tissu conjonctif lâche, où on reconnaît de nombreux capillaires et d'abondantes cellules déciduales volumineuses.

Cette expulsion peut d'ailleurs ne pas s'effectuer en une seule fois et d'un seul bloc, mais durant une période plus prolongée, 5 ou 6 jours, pendant lesquels

sont expulsés des débris plus ou moins importants de la caduque.

Cette élimination de caduque est fréquente et rapportée dans de nombreuses observations. (Beasse en signale 6 cas). Elle est d'ailleurs d'un pronostic favorable.

L'infection d'origine utérine est également rencontrée dans les utérus doubles ; celle-ci peut être causée de deux façons : soit par la rétention de la caduque non embryonnée, soit par rétention dans l'utérus gravide de débris placentaires, l'expulsion de l'arrière faix se produisant souvent anormalement du fait de la déficience utérine. Cette rétention cotylédonaire s'accompagne elle-même d'hémorragie.

La déchirure de la cloison vaginale n'entraîne aucune complication. Lorsqu'on examine les femmes ultérieurement, on trouve le plus souvent une cavité vaginale unique et comme seul vestige de la cloison, on perçoit sur les faces antérieures et postérieures du vagin une simple crête.

DIAGNOSTIC DU DEDOUBLEMENT GENITAL

En principe le diagnostic est facile ; mais en fait on passe avec une extrême facilité à côté de cette malformation, si aucun accident ou incident ne vient compliquer l'évolution normale de la gestation, de l'accouchement ou des suites de couches.

Nous allons maintenant envisager ce qui peut nous faire penser à cette éventualité et quels sont les éléments qui nous permettront de poser ce diagnostic.

Avant la grossesse, l'interrogatoire de la femme sera de peu de secours ; la grande majorité des femmes ignorent leur malformation. Les modifications des règles se produisent si fréquemment en dehors de toute malformation génitale qu'il est difficile de leur accorder une créance bien grande. Les rapports sexuels sont la plupart du temps normaux, se produisant ordinairement dans le même vagin. Cependant si la femme accusait parfois une certaine difficulté dans les rapports, on pourra penser à une duplicité vaginale. La connaissance d'avortements antérieurs successifs pourra guider vers l'hypothèse d'une malformation génitale en général et le dédoublement en particulier.

Mais ce sera l'examen gynécologique qui fournira le plus de renseignements. La femme étant en position gynécologique, l'examen attentif de la vulve s'impose ; après avoir écarté les petites lèvres, on examinera soigneusement l'orifice vaginal et on pourra constater l'existence d'une cloison, les deux vagins étant perméables. Dans d'autres cas on trouvera un vagin perméable, l'autre n'étant pas défloré et présentant encore sa membrane hymen.

Parfois la cloison vaginale ne descendra pas jusqu'à la vulve et dans ces conditions le toucher et l'examen au spéculum pourra révéler la duplicité.

Par le toucher, on se rendra compte de l'existence des 2 vagins en pratiquant le toucher bi-digital. Entre l'index et le médius on percevra une membrane, les deux doigts ayant pénétré chacun dans un vagin différent. Mais surtout, grâce à lui, on sera en mesure d'affirmer qu'on a affaire à une duplicité totale et non pas à un double vagin seulement : en effet, on sentira à bout de doigts deux cols nettement individualisés et parfois différents, l'un étant petit et conique, l'autre normalement développé.

On recherchera, par le palper abdominal combiné au toucher, quelle est la situation respective des deux corps utérins, leur direction, leur volume. Enfin, on confirmera la réalité de la malformation par l'examen au spéculum ; en plaçant l'instrument alternativement dans une cavité vaginale ou dans l'autre, on se rendra compte de visu de la conformation de ces

cols. On pourra, afin de ne pas commettre d'erreur, utiliser le procédé recommandé par le Dr. Hue (obs. XI et XII) et qui consiste à teinter le premier col sur lequel on arrive au moyen d'un badigeonnage à la teinture d'iode.

Mais ceci est le diagnostic positif, celui auquel conduit la constatation d'un signe tel que la cloison vaginale; mais on peut ne pas avoir diagnostiqué la duplicité; dans ce cas la présence d'une masse latéro-utérine fera soulever l'hypothèse de néo-formations pathologiques, telles que fibrome pédiculé ou non, kyste de l'ovaire, dont il faudra discuter la possibilité. Les troubles de la menstruation, les pertes, l'appréciation du volume de la tumeur fourniront les éléments du diagnostic; mais il faut surtout songer à la duplicité utérine et la rechercher; l'erreur commise est en effet habituelle, car, se basant sur la fréquence on pense d'abord au kyste de l'ovaire ou au fibrome. Dans l'obs. I on avait primitivement envisagé l'hypothèse d'un kyste ovarique. En effet, le développement de la grossesse s'est accompagné de pertes sanguines espacées, lesquelles furent considérées comme des troubles menstruels; de plus on percevait une tuméfaction para-utérine, il était donc logique d'envisager cette éventualité.

Pendant la grossesse le diagnostic positif et différentiel présente les mêmes particularités; au toucher, on trouvera un col gros et ramolli du côté gravide, tandis que du côté opposé on aboutira sur un col plus dur

et de moindre volume. Halban donne un signe indirect de duplicité : la constatation au cours de la grossesse de la bride vésico-rectale ; celle-ci, en effet, repoussée par l'utérus gravide et mise en état de tension, deviendrait facilement perceptible au travers de la paroi.

Mais un diagnostic différentiel important à établir au cours de la grossesse est la possibilité d'une grossesse ectopique. En effet, on peut, par le toucher pénétrer dans le vagin correspondant à l'utérus non gravide et sentir non loin de lui une masse. Comme par ailleurs la femme présente tous les signes de grossesse et parfois des pertes sanglantes, il ne faudra porter ce diagnostic qu'après avoir éliminé l'hypothèse de gravidité dans un utérus double. Dans la période terminale de la grossesse, l'attention pourra être attirée par la forme anormale de l'utérus qui se trouve déporté à droite ou à gauche. Malgré ces particularités, le diagnostic de duplicité aura pu ne pas être posé jusqu'à l'accouchement. L'expulsion d'une caduque pourra au moment du travail mettre sur la voie, et faire rechercher la duplicité vaginale. Mais ce qui attirera l'attention en dehors de toute autre constatation c'est la découverte au toucher d'une tumeur praevia qu'on cherchera à identifier. Pour ce faire, hors la duplicité utéro-vaginale, on attachera une grosse importance à la constatation de contractions au niveau de cette tumeur. Des alternatives de durcissement et de ramollissement

synchrones de ceux de l'utérus gravide, feront poser un diagnostic presque certain. Les difficultés d'engagement de la tête qui reste haute, auront déjà pu attirer l'attention de ce côté; enfin, la lenteur d'expulsion en faisant en rechercher la cause, pourra amener la découverte d'une cloison vaginale qui bride au devant de la tête; l'accouchement terminé, on poussera plus loin les investigations qui pourront amener la découverte de la duplicité totale.

Après l'accouchement, l'expulsion de débris membraneux fera songer à une cloison vaginale rompue; mais comme toujours ce sera l'expulsion d'une caduque non embryonnée qui posera le diagnostic.

Il en sera de même dans les suites de couches, à moins qu'une infection utérine entraînant un toucher, on ne découvre à ce moment l'existence d'une tumeur douloureuse qui ne serait autre que la corne primitivement vide mais qui a conservé sa caduque, laquelle a pu s'infecter et entraîner des réactions de périmérite.

PRONOSTIC

Avant la grossesse l'existence d'un dédoublement génital total ne présente en général aucun inconvénient. Parfois, les rapports sexuels peuvent être gênés et douloureux. Les règles peuvent être anormales, mais nous n'incriminerons pas la malformation de cet état de choses. Parfois, l'un des utérus peut se mettre en rétroversion ou antéflexion, cause possible de douleurs et de pesanteur dans le bas-ventre.

Durant la grossesse le pronostic n'est pas en général défavorable. Bien entendu, il faudra faire toute réserve sur la possibilité d'interruption de la grossesse avant terme, soit sous forme d'avortement, ou d'accouchement prématuré. Ce sont les deux complications qu'il y aura surtout lieu de craindre ; quant à la rupture utérine nous pouvons la considérer comme exceptionnelle. Dans les derniers mois de la grossesse, on se méfiera de la présentation vicieuse qu'on cherchera à modifier, si elle se produit. A cette période également, l'insertion du placenta sur le segment inférieur pourra entraîner des hémorragies dont le pronostic sera nécessairement réservé, tant au point de vue foetal que maternel.

Au moment de l'accouchement le pronostic sera variable. Dans certains cas, tout se passe normalement, la durée du travail n'excède pas les délais habituels. Mais, on craindra dans d'autres cas un travail long pénible, irrégulier; les contractions bonnes au début s'affaibliront et pourront finalement aboutir à l'inertie utérine complète. En supposant que tout se passe normalement jusqu'à ce moment, l'expulsion pourra être entravée par la cloison vaginale, la présentation venant buter contre la membrane qui se déchire, ce qui peut, par extension, entraîner des lésions vaginales plus ou moins importantes et même des hémorragies.

Mais une complication bien plus sérieuse est à craindre au cours de l'accouchement, c'est celle constituée par la rétroversion de l'utérus non gravide, qui se présente comme une véritable tumeur *praevia*: dans ce cas trois évolutions peuvent se produire; dans la première, la plus favorable, l'utérus remonte dans la cavité abdominale et tout évolue bien; en second lieu, si l'utérus ne remonte pas, on peut espérer que la présentation lamine l'obstacle; dans ce cas, on aura seulement un allongement de la durée du travail. Enfin, dernière hypothèse, la présentation ne s'engage pas, la dilatation ne fait aucun progrès: dans ces conditions il s'agit d'une véritable dystocie et l'accouchement ne peut se faire par les voies naturelles. C'est le cas relaté dans les obs. VI et VII.

En résumé, comme nous l'avons vu, l'accouchement présente de multiples aléas. D'après nos observations, sur 9 accouchements, 4 seulement se terminèrent spontanément, 2 nécessitèrent une extraction de siège, 2 une opération césarienne, le 5^e entraînant une application de forceps.

Le pronostic de la délivrance est assombri par ces complications : état de rétention, hémorragies graves, avant ou après la délivrance, par suite de la mauvaise rétraction utérine ; la rétention cotylédonaire avec toutes les complications hémorragiques ou infectieuses que cette rétention peut entraîner constitue également un risque sérieux. Cependant, les incidents au moment de la délivrance paraissent moins fréquents qu'à l'accouchement, car d'après nos observations on ne relève aucune complication.

Enfin, les suites de couches peuvent être fréquemment incidentées ; il s'agit parfois d'une réaction fébrile légère, mais dans d'autre cas, on pourrait craindre une infection puerpérale plus sévère, dont la rétention de la caduque dans l'utérus vide serait responsable.

CONDUITE A TENIR

Il nous reste maintenant à envisager, si d'abord en pareil cas, il y a lieu d'appliquer une thérapeutique, et dans l'affirmative à savoir ce que nous devons faire.

Dans le cas où le diagnostic est établi avant la grossesse, il suffira de prévenir la femme de la malformation qu'elle présente, à toutes fins utiles. Dès que la grossesse se développe, il suffira de recommander à la femme de mener une vie calme afin d'éviter dans la mesure du possible toute cause capable de déterminer l'avortement, qui est surtout à craindre en cas de malformation utérine. Lorsque la grossesse aura passé le 6^e mois, il faudra redoubler de précautions pour amener la grossesse à terme ou au plus près du terme.

On surveillera attentivement la femme vers la fin de la grossesse afin d'éviter une rétroversion de la corne non gravide qui pourrait s'enclaver lors du travail. Si elle tend à se rétrodévier et à pénétrer dans l'excavation, on tentera, grâce à des manœuvres manuelles à la repousser vers la cavité abdominale.

Enfin durant cette période, on surveillera la régularité de la présentation ; si celle-ci est vicieuse, on

cherchera à effectuer une version par manœuvres externes, sans toutefois se départir des pressions douces et peu traumatisantes, se souvenant qu'on a affaire à un utérus souvent déficient au point de vue musculaire. Si on parvient à modifier la présentation, on cherchera à la maintenir en bonne position, par une ceinture munie de tampons convenablement placés. Au contraire, si la présentation ne peut être transformée aisément, il sera préférable de ne pas insister et de tenter lors d'un examen ultérieur, une nouvelle manœuvre.

Si une insertion basse du placenta entraîne des hémorragies durant la dernière partie de la grossesse, on appliquera la thérapeutique de cette complication (tamponnements vaginal, si col non perméable, sinon rupture de la poche des eaux, version podalique ou même césarienne, si nécessaire).

Mais, durant le travail, la surveillance médicale sera encore plus étroite et la thérapeutique prête à être appliquée en cas de nécessité.

Dans un cas normal, il sera utile de vérifier l'engagement de la tête et de surveiller l'expulsion en raison de l'obstacle que peut créer la cloison vaginale.

En cas de travail long et irrégulier, on pourra renforcer les contractions utérines par des procédés ou médications ocytotiques légers, injections vaginales chaudes, cachets de quinine à 25 cg. à trois reprises. Mais on se gardera de l'opothérapie hypophysaire postérieure en raison de la faiblesse musculaire possi-

ble de l'utérus. Si on l'emploie on observera rigoureusement la règle et on ne l'administrera qu'à petites doses, à dilatation complète, chez une multipare, tout en étant normal par ailleurs, tant au point de vue osseux qu'au point de vue présentation.

Si malgré les ocytotiques, la contraction utérine ne reprenait pas de la vigueur, on terminera l'accouchement, les indications étant nettement posées et les conditions d'application réalisées. On recourra à l'extraction, s'il s'agit d'un siège ou au forceps en cas de présentation du sommet.

Si l'utérus non gravide vient à être repoussé devant la présentation, dans l'excavation, il faudra en premier lieu, essayer, comme le recommande Potocki, de le refouler au-dessus du détroit supérieur. En général, cette manœuvre est facile lorsque le fœtus n'est pas complètement engagé et que la présentation est encore mobilisable ; mais en raison de l'existence d'une bride vésicorectale, cette tentative peut échouer. Que faire dans ces conditions ? Dos Santos recommande d'appliquer l'anesthésie générale, laquelle, en relâchant les muscles pelviens et abdominaux, permettrait une réduction plus facile de la tumeur.

Dans le cas où la réduction est impossible, on pourra attendre que la présentation s'engage ; peut-être arrivera-t-elle à laminer la tumeur et l'expulsion s'effectuera normalement. Mais si après un certain temps, qui peut varier suivant que la poche des eaux est rompue ou non, il faudra se poser la question de

savoir si l'accouchement a des chances de se terminer par les voies naturelles. Si on conclut à la négative, il faudra envisager la voie haute et pratiquer une césarienne. Il en fut ainsi dans les observations VI et VII. Dans le premier cas (obs. VI) la présentation est restée élevée, la dilatation presque nulle. On termina par une césarienne basse. Dans l'observation suivante, après un travail de 36 heures, le col n'étant pas effacé complètement et à peine dilaté, on est intervenu par une césarienne haute.

Au cours de l'expulsion, si la cloison fait obstacle, dans le cas où elle ne s'appliquerait pas sur la paroi opposée du vagin et qu'elle briderait au devant du fœtus, il sera nécessaire de la sectionner. La délivrance pourra également nécessiter l'intervention de l'accoucheur; lorsque les délais normaux sont écoulés, que le placenta n'a pas été expulsé et que les manœuvres de traction et d'expression combinées restent sans effet, il faudra pratiquer la délivrance artificielle. Pinard va même plus loin dans les indications de cette intervention, puisqu'il la préconise systématiquement dans les cas de dédoublement utérin. Il semble cependant que l'indication puisse en être plus restreinte, car nombreux sont les cas où la délivrance s'est effectuée normalement. Mais, même dans ces circonstances, il sera utile de vérifier attentivement le placenta, afin de contrôler son intégrité. S'il se produit des hémorragies par inertie utérine secondaire, on fera avec avantage une injection d'ergotine, après une injec-

tion vaginale bien chaude, se réservant d'appliquer une thérapeutique plus agissante, en cas de nécessité absolue.

Après l'accouchement les débris de cloisons flottants et inesthétiques, encore adhérents au vagin, seront avantageusement sectionnés et régularisés.

Pour les suites des couches, il serait à recommander dans un but prophylactique, afin d'éviter l'infection possible consécutive à la rétention de la caduque de l'utérus non gravide, de faire le curage digital de sa cavité, suivi d'une abondante injection intra-utérine antiseptique. Si l'infection s'est déclarée, le curage sera encore de mise, mais il est bien entendu qu'il obéira aux indications et contre-indications habituelles de cette intervention, et que si l'infection a débordé les limites de l'utérus, on le délaissera au profit de la thérapeutique anti-infectieuse générale qui est de mise en pareil cas : médication de choc, méthode leucocytogène, vessie de glace abdominale.

OBSERVATION I

Observation de la Clinique Obstétricale de Nancy.
Service du Professeur Fruhinsholz.

Madame D..., 38 ans, primipare, est entrée en observation à la Maternité. Dans ses antécédents héréditaires on relève que sa mère a eu 11 grossesses, sur lesquelles 4 enfants sont morts en bas âge, 7 autres étant vivants. La femme n'a pas eu connaissance de malformations dans sa famille; elle rapporte seulement le cas d'une de ses nièces, qui aurait été atteinte de luxation congénitale de la hanche.

Ses antécédents pathologiques sont peu chargés; elle a marché à 12 mois. Ses règles ont toujours été régulières, peu abondantes, peu douloureuses, d'une durée de 4 jours.

Les dernières règles sont du 16 au 20 octobre. Le 21 octobre, la femme a eu un rapport unique, incomplet, périnéal.

L'évolution de la grossesse s'est accompagnée d'incident: A partir du 2^e mois, la femme présente des pertes de sang qui durent une quinzaine de jours; deux mois après, en février, nouvelles pertes de sang pendant deux jours. Au 4^e mois le Pr. Fruhinsholz voit la malade. A ce moment le diagnostic porté était plutôt celui de kyste de l'ovaire droit (utérus droit) avec corps utérin non gravide (utérus gauche) à gauche. Cette explication rendait compte des modifications des règles. Avant d'affirmer la grossesse toujours à envisager cependant, on conseille à la femme de revenir au bout d'un mois. A cette date la

grossesse est nette. On fait à ce moment le diagnostic de la malformation génitale.

A l'entrée en salle de travail le 19 juillet 1929, la femme est à terme. La parturiente, qui était en observation, dit avoir perdu les eaux vers 14 heures, le même jour. Jusqu'à 18 h. elle ne ressent aucune douleur; c'est à ce moment qu'apparaissent les contractions,

L'examen des urines ne révèle aucune trace d'albumine. La paroi abdominale est bonne; les contractions



Obs. I

sont régulières. La hauteur utérine est de 30 cm. On est frappé par la forme bizarre de l'utérus, qui est déjeté à droite (non pas incliné vers la droite, mais déporté en bloc à droite de l'ombilic). Au palper on trouve une masse assez volumineuse donnant l'impression d'un siège com-

plet; les battements sont perçus dans la région ombilicale. Au toucher, le Dr. Hartemann trouve du côté droit une dilatation de 2 francs; dans le col s'engagent deux petits pieds. La région du siège est inaccessible. Poche des eaux rompue. Les contractions sont très violentes. Du côté gauche, on sent un orifice à bords épais, dans lequel le doigt pénètre, mais incomplètement.

Les contractions reviennent toutes les 5 minutes. La femme perd un peu de sang au cours de la dilatation. A 20 heures la descente d'un pied s'est effectuée; les orteils apparaissent à la vulve. Au toucher la dilatation est complète. Le siège s'engage et la cloison est accolée contre la paroi latérale gauche du vagin. La dilatation étant complète, on conseille à la femme de pousser.

Les contractions, qui étaient vives et rapprochées au cours de la dilatation se ralentissent et s'amollissent. La femme pousse néanmoins au commandement. Le pied gauche apparaît davantage dans l'orifice vulvaire et pour 22 heures il sort de la vulve. A partir de ce moment, la progression est nulle et reste stationnaire. La femme pousse mal, malgré le maintien des jambes en hyperflexion. Les battements restent normaux jusqu'à 22 h. 50. A partir de ce moment, ils sont nettement modifiés, très ralentis, assourdis et même intermittents. On attend encore 15 minutes; l'état des battements devenant de plus en plus mauvais, on décide de terminer et d'extraire.

Anesthésie au Schleich. Introduction de la main en arrière; saisie du pied postérieur, la jambe étant fléchie. On sent nettement que la cloison se déchire dans sa partie inférieure. La jambe est attirée au dehors. Le siège s'engage dans l'orifice vulvaire, sacrum à gauche; il progresse facilement; l'ombilic apparaît; on fait l'anse au cordon; celui-ci est grêle et flétri. Le tronc se dégage. Le

dos se maintient en avant, on aide au dégagement des bras, l'antérieur d'abord puis le postérieur. La tête est extraite par la manœuvre de Moriceau-Pinard sans incident.

L'enfant du sexe féminin, est en état de mort apparente, mais on le ranime facilement. C'est une fille de 2.820 gr.

Après l'accouchement, profitant de l'anesthésie de la malade, on examine par le toucher bimanuel les organes génitaux. Il s'agit d'un utérus double et d'un vagin double, sans malformation vulvaire. Le vagin est divisé, dans le sens sagittal, par une cloison charnue de l'épaisseur d'un demi-centimètre au plus épais, c'est-à-dire à sa partie supérieure et inférieure; la partie moyenne est plus mince. Dans chaque vagin on trouve un col correspondant à une cavité utérine différente. Le col droit, correspondant à l'utérus gravide, est assez volumineux. Le corps sus-jacent est allongé, il remonte à 3 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Le col gauche est fermé, il est surmonté d'un petit globe musculaire sphérique, paraissant complètement indépendant de l'autre utérus. On suture la membrane qui divise le vagin en deux parties par un point de chaîne; on résèque toute la région antérieure et inférieure qui est flottante par suite de sa rupture en bas et en arrière.

Aussitôt après l'extraction du fœtus, l'utérus est au niveau de l'ombilic; une quantité assez importante de sang s'écoule à la vulve au moment des contractions. Après 15 minutes l'utérus remonte de 2 travers de doigt; l'écoulement cesse. Le pouls est à 88. On attend 40 minutes avant de pratiquer la délivrance par manœuvres combinées de traction et d'expression. Le placenta pèse 300 gr., il est de forme arrondie. Le cordon mesure

75 cm. il est grêle, son insertion est centrale. Le placenta est friable. La caduque est épaisse; les membranes sont associées, complètes; leur rupture s'est faite à 5 cm.

Les suites de couches ont été normales; on note seulement une petite poussée fébrile au 3^e et 4^e jour; mais la température n'a pas dépassé 38,2.

Une réaction de Bordet-Wassermann pratiquée chez cette femme, s'est révélée négative.

OBSERVATION II

Observation de la Clinique Obstétricale de Nancy.
Service du Professeur Fruhinsholz.

Madame G... 23 ans, entrée le 6 avril 1934.

Antécédents héréditaires: Père mort à 28 ans, tué à la guerre. Mère bien portante. Fille unique.

Antécédents personnels: A marché à un an. Réglée à 12 ans. Règles régulières, tous les 28 jours, indolores, durée 4 jours, plus abondantes et également plus longues une fois sur deux. Durée 5 à 6 jours. Angines fréquentes; opérée d'appendicite à 11 ans.

C'est la première gestation,

Procréateur âgé de 25 ans, de bonne santé.

La femme ne peut préciser la date exacte des dernières règles. Fin septembre ? fin octobre ?. Jusqu'au mois de septembre elle n'a eu aucun soupçon de grossesse.

A la fin d'octobre et au début de novembre la femme a des pertes de sang abondantes, qui durent un jour ou deux, puis s'arrêtent une demi-journée ou un jour, ceci pendant 10 jours environ, jusqu'au 10 novembre. A

cette date la malade va consulter Mlle Lacour, puis Mr. Louyot, qui lui conseille du repos. La malade reste alitée 7 semaines; elle perd quelques filets de sang à l'anniversaire de ses règles. La dernière perte de sang date du mois de janvier.

Au moment de l'examen par le Dr. Louyot, celui-ci constate la duplicité vaginale. On trouve un utérus mani-



Obs. II

festement plus volumineux, que ne l'indique la date des dernières règles. Utérus gravide, mais qui semble supporté par une masse gauche plus petite.

Accouchement:

Entrée le 6 avril;

Au palper, utérus allongé dévié à droite. Tête qui s'engage, dos à droite. L'auscultation révèle des battements éclatants.

Toucher: cloison médiane formant deux vagins; à droite on accède sur un col mince, dilaté comme 5 frs; tête à la partie moyenne. Grande suture dans le diamètre oblique droit. Poche des eaux rompue. Du côté gauche on sent un col très mou, perméable au doigt.

Les contractions sont régulières, toutes les 5 minutes. 9 h. 40: la femme manifeste des envies de pousser. Toucher: dilatation complète; tête à la partie basse en O.P.

Les efforts expulsifs sont bons. La tête ne tarde pas à apparaître à la vulve, progresse lentement et se dégage en O.P.; Rotation externe vers la droite; épaules et tronc suivent rapidement: fille de 3030 gr. qui crie aussitôt. Il est 10 h. 15. Dilatation de 7 h. 15. Expulsion de 25 minutes.

Délivrance: Après l'expulsion fœtale, l'utérus est petit, complètement déporté à droite de la ligne médiane; à gauche on sent une petite masse dure.

La délivrance est faite après 25 minutes d'attente. On n'a perçu aucune contraction. Placenta complet de 420 gr., arrondi, marginé sur un tiers de la circonférence. Membranes complètes; caduque normale, rupture des membranes loin du bord.

Suites de couches: La femme est revue avant sa sortie: la cloison vaginale est détruite, on ne trouve que son insertion sur les parois antérieures et postérieures du vagin. Il ne reste donc plus qu'un vagin unique dans lequel aboutissent deux cols. Les utérus correspondants ne sont pas séparés, mais paraissent appartenir à la même masse.

Sortie le 16 mars.

OBSERVATION III

Observation de la Clinique Obstétricale de Nancy.
Service du Professeur Fruhinsholz.

Madame D..., âgée de 23 ans, entre le 21 avril 1932 à la Maternité. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité. Sa mère a eu sur 7 grossesses, 7 enfants vivants.

La femme a marché à 18 mois. Régulée à 17 ans, elle le fut très irrégulièrement, présentant souvent des retards d'un mois. Ses règles, d'une durée de 5 jours, étaient peu abondantes; elles s'accompagnaient de douleurs.

Au point de vue pathologique, la femme paraît assez faible des poumons; atteinte à 8 ans d'une pneumonie, elle eut à 21 ans une congestion pulmonaire; actuellement la malade tousse.

Au sujet des rapports sexuels, la femme ne signale rien de particulier.

Elle en est à sa 4^e grossesse. La première gestation en 1930, se termina par un accouchement par le siège d'un enfant de 3.000 gr. actuellement bien portant. La seconde aboutit à un avortement en un temps, à 3 mois et demi. Au 3^e mois la femme avait remarqué, à côté d'un utérus normalement augmenté de volume, l'existence d'une tuméfaction douloureuse du volume d'un œuf. La malade entre dans un service de chirurgie, où on diagnostique une grossesse et un kyste de l'ovaire. Dans l'intervalle, l'avortement se produit et tout rentre dans l'ordre. En 1931 nouvel avortement de 4 mois en un temps, sans suites anormales.

Enfin nous arrivons à la grossesse actuelle; la femme ne peut donner la date de ses dernières règles, n'ayant pas revu celles-ci depuis 1930. Quinze jours après son

avortement la femme vient, vers fin novembre, à la consultation à la Maternité, le médecin ayant trouvé une malformation utérine. A l'examen, on trouve un utérus et un vagin double. On hésite à se prononcer sur la bifidité du col, qui apparaît cependant comme unique à des examens répétés. En décembre la femme commence à



Obs. III.

vomir et croit être enceinte. Elle revient tous les mois à la consultation, où on suit l'évolution d'une grossesse, qui s'accompagne d'un développement surtout marqué à la partie droite de l'utérus.

Le 21 avril, à midi, la malade ressent de fortes douleurs abdominales et perd du sang; à 19 h. 30, elle expulse un fœtus de 4 mois 1/2 environ. La température

est à 37,2, le pouls à 108. La malade consulte un médecin qui la dirige sur la Maternité.

Le 22 avril à 9 heures, on trouve un col largement ouvert, à travers lequel on perçoit le placenta. On décide de procéder au curage digital. Anesthésie au Schleich. On introduit la main dans la partie gauche du vagin. Deux doigts sont introduits dans le col qui est unique. Mais à un ou deux centimètres de l'orifice cervical, on trouve une cloison d'abord mince et qui va très rapidement en s'épaississant. Cette cloison sépare l'utérus en deux cavités, d'inégale importance. La droite, beaucoup plus vaste contient le placenta en grande partie adhérent sur la cloison et le fond. La gauche plus petite renferme des débris membraneux. On procède au curage rendu difficile par l'étroitesse de l'entrée de la cavité droite. On ramène le placenta en lambeaux; la cavité gauche est également curée. Après le curage, l'utérus droit revient sur lui-même et au cours de la revision on est frappé du peu de différence, qui existe actuellement entre les 2 cavités; la droite est néanmoins un peu plus grande. On termine par une injection intra-utérine.

OBSERVATION IV

Observation de la Maternité de Nancy
Service du Professeur Fruhinsholz.

Madame Z... âgée de 27 ans, entre le 9 novembre 1932 à la Maternité. Sa mère a eu 7 enfants dont l'un est mort à 13 mois de complications pulmonaires, suites de rougeole.

La femme a marché à 14 mois; réglée à 15 ans, ses règles étaient régulières, d'une durée de 5 jours, assez abondantes, indolores.

Dans ses antécédents pathologiques, on note seulement une scarlatine à 11 mois.

C'est sa première gestation. Ses dernières règles remontent au mois de mars 1931 du 14 au 19.



Obs. IV

La femme entre pour douleurs dans la région lombaire survenant surtout à la suite de fatigues; étant jeune fille, elles se plaignait de douleurs abdominales avec sensation de pesanteur. Elle consulta à ce sujet, à Strasbourg, en 1929, où on aurait diagnostiqué un prolapsus et conseillé à la femme de se faire examiner après le mariage. A Nancy, elle consulte une première fois, à la Consultation de Gynécologie de la Maternité, avant toute grossesse, au début du mariage. On constate alors la duplicité du vagin avec deux hymens dont le gauche seul est rompu. Revue un mois après, on se trouve en présence du début d'une grossesse. A ce moment, on a l'impres-

sion d'une duplicité totale avec deux utérus. Avertie de son anomalie, la femme se fait déflorer du côté droit. On peut alors faire un examen plus complet et constater qu'il n'y a qu'un seul col et croit-on un seul utérus. Vers le troisième mois, on perçoit à droite, une petite masse située latéralement par rapport à l'utérus gravide. On ne l'a pas retrouvée aux consultations suivantes. La grossesse a normalement évolué. Présentation du sommet.

La femme entre une première fois, en salle de travail, pour endolorissement lombaire, se manifestant depuis quelques jours, à la suite de fatigues. A son entrée on constate un utérus de forme irrégulière, une corne gauche développée, un sommet mobile avec dos à gauche, battements normaux. Pas d'albumine dans les urines. Au toucher, on constate un vagin double, très court, séparé par la cloison remontant jusqu'au contact du col, qui se trouve du côté gauche; le vagin droit est beaucoup plus atrésique. La femme présentant des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, revenant périodiquement, on craint un début de travail et on fait 2 piqûres de morphine dans les journées du 10, du 11 et du 12, la femme ne se plaint plus que de sensations d'endolorissement dans le bas-ventre.

Le 20 décembre, la femme n'accuse plus de douleurs nettes, tout au plus un peu de sensibilité dans le bas-ventre. Au palper, sommet qui s'engage, dos à gauche. Battements bons. On remarque que le fond utérin est déformé par un développement marqué de la corne gauche, qui est de consistance différente, plus molle que le reste de l'utérus, consistance qui ne se modifie pas au cours des contractions. Il semble que cette corne utérine soit le siège de l'insertion placentaire.

Le 24 décembre, la femme ressent les premières douleurs à 7 h., douleurs localisées aux reins et qui reviennent tous les quart d'heures. A 11 h., les douleurs deviennent plus fréquentes, toutes les 2 à 3 minutes et très vives. La femme se décide enfin à venir à la salle de travail, où elle est examinée immédiatement. On trouve au toucher une tête à fond de bassin, avec dilatation d'une paume.

15 minutes après le toucher, la poche des eaux se rompt spontanément, donnant issue à un liquide verdâtre. La dilatation est complète. Tête sur le périnée en gauche antérieure. La cloison vaginale est appliquée contre la paroi droite du vagin.

Les contractions étant très vives, la tête apparaît rapidement à la vulve. Pas d'écoulement sanguin. La tête progresse, l'orifice vulvaire se distend. Au moment du passage de la grande circonférence de la tête dans l'orifice vulvaire, il s'échappe de la commissure antérieure un flot de sang; on pense que l'arrachement de la cloison en est responsable. Le mouvement de la restitution de la tête se fait à gauche; les épaules et le tronc suivent normalement. C'est un garçon de 3.060 gr. qui crie aussitôt.

La dilatation a duré 5 h. 20, l'expulsion 25 minutes.

Délivrance: Après la sortie du fœtus l'utérus conserve sa forme irrégulière; corne gauche très développée et présentant à droite un relief dur, de consistance fibreuse remontant à mi-hauteur de l'utérus.

Le fond utérin est à l'ombilic. Dans l'ensemble, l'utérus est petit, de consistance demi-molle; il dessine sa forme sous la paroi abdominale, la corne gauche saillante, proéminent pendant les contractions. Pas d'écoulement de sang au dehors. Au bout de 20 minutes l'utérus s'élève au-dessus de l'ombilic de 2 travers de doigt, tandis que

le relief de droite reste au même niveau. La femme accuse quelques vagues douleurs dans les reins et le bas-ventre, sans écoulement de sang notable.

Après 45 minutes, mêmes contractions extérieures. On tente la délivrance par les moyens habituels. Cette tentative a pour effet de faire sortir quelques petits caillots, avec un grand lambeau de membranes. Ces membranes examinées ressemblent vaguement à une caduque épaissie ou bien à un lambeau de la cloison vaginale. La tentative de délivrance a échoué. On se résout à attendre encore et ce n'est qu'au bout de 1 h. 20 que le placenta est extrait, normalement, sans difficultés, en présentation de la face fœtale. Poids 400 gr.. Il est complet. Les membranes sont complètes; quoique la caduque soit épaissie, elle recouvre le chorion sur toute sa surface. On procède ensuite à la toilette soignée des organes génitaux, pour faire une exploration vaginale et cervicale.

L'examen vaginal démontre bien que la membrane expulsée n'est autre que la cloison vaginale qui n'existe plus que sur la paroi postérieure formant une crête encore assez accentuée et que l'on arrive à pincer entre les deux doigts. Sur la paroi vaginale antérieure, au contraire, il ne subsiste de la cloison qu'une simple arête marquant sa ligne d'insertion. On procède ensuite à l'exploration du corps utérin; celui-ci se trouve très en arrière, largement ouvert. On y pénètre très facilement, mais la main une fois introduite dans le col, on constate qu'à côté d'un orifice large donnant accès à la grande cavité utérine, on arrive du côté droit à pénétrer dans un orifice beaucoup moins dilaté, séparé de la cavité proprement dite par une sorte d'éperon saillant et arrondi. Cet orifice dans lequel on arrive à passer le doigt, conduit dans une cavité beaucoup moins spacieuse, fermée en cul-de-sac, d'une profondeur

de 4 cm. environ et de la largeur d'un doigt sa direction est oblique en haut et à droite. Cette dernière constatation correspond d'ailleurs bien avec les renseignements fournis par le palper aussitôt après l'accouchement: cordon dur latéro-utérin que l'on perçoit dans la fosse illiaque droite, remontant à mi-hauteur de l'utérus, dont il est séparé par un sillon assez prononcé. Il semble qu'il s'agisse là, d'une seconde cavité utérine atrétique, assez bien différenciée de l'utérus proprement dit vers son fond, mais dont l'orifice cervical serait accolé à l'autre, dont il est séparé par une sorte d'éperon.

Les suites de couches furent normales. La cloison a laissé une crête sur la paroi vaginale antérieure et sur la paroi postérieure une crête en relief assez prononcé.

OBSERVATION V

Observation de la Clinique Obstétricale de Nancy.
Service du Professeur Fruhinholz.

Madame D..., 24 ans, entre le 24 février 1933 à la Maternité. Sa mère est morte bacillaire; elle a eu 3 enfants qui sont bien portants.

Les règles de cette femme ont débuté à 13 ans; elle fut toujours réglée régulièrement. Aucun antécédent pathologique important à signaler.

C'est sa première grossesse; les dernières règles sont du 10 au 14 juin. La femme est donc au 8^e mois de sa grossesse. Auparavant la femme n'avait rien remarqué qui puisse faire penser à un vagin double. Il n'y a jamais eu de difficultés ni de douleurs, lors des rapports, qui semblent surtout s'être effectués du côté droit.

La femme vient à la Maternité parce que depuis 5 h. 1/2, elle a perdu les eaux, sous forme d'un suintement, qui persiste toute la journée. Depuis la même heure la femme présente un léger endolorissement dans le bas-ventre.

Au palper, on diagnostique un siège qui s'amorce. Les battements sont bons. Au toucher, on constate la présence d'un vagin double, la cloison descendant jusqu'à la vulve, va en s'amincissant vers le haut. Le vagin droit est nettement plus spacieux que le gauche; on ne peut introduire qu'un doigt. A droite on tombe, un peu en arrière, sur le col en voie d'effacement, dilaté comme 50 centimes. On perçoit une poche des eaux. A gauche on sent le col, au travers de la cloison, mais par un toucher attentif, un doigt dans chaque cavité vaginale, on arrive à introduire les doigts chacun dans un col différent. Le col qui correspond au vagin gauche est plus petit et donne accès dans une cavité utérine, qui file vers la fosse illiaque et dans laquelle on ne perçoit que de la caduque.

Durant la première partie de la nuit les contractions sont espacées et faibles. La femme repose. Mais à partir de 4 h. les douleurs se succèdent de 10 en 10 minutes et sont plus fortes. On transporte la parturiente à la salle de travail; les battements sont bons.

Le 26, on touche à nouveau: la dilatation du col droit est complète; on perçoit à la partie haute un siège complet en S.D.A. qui descend dans le vagin droit. On constate, à ce moment, que la cloison n'est pas complète et qu'on peut passer du vagin droit au vagin gauche, à la partie toute supérieure. Le bord supérieur de la cloison serait ainsi falciforme. Est-ce une formation primitive bien qu'on n'eût pu la rencontrer auparavant lors des examens répétés, ou au contraire la partie supérieure de la

cloison vient-elle de céder devant la descente du siège ? On ne peut plus atteindre le vagin gauche, celui-ci étant aplati par la présentation.

La femme pousse assez irrégulièrement; on examine de nouveau à 10 h. A ce moment le siège est sur le périnée. La cloison s'est manifestement déchirée à sa partie supérieure et le doigt la charge en pont. Elle se déchire devant le siège. On la repousse sur le côté gauche. On invite la femme à pousser; le siège ne tarde pas à apparaître à la vulve; en quelques contractions la hanche antérieure se fixe, puis la hanche postérieure se déroule, et se dégage en



Obs V

même temps que le pied postérieur. On aide au dégagement de l'autre membre inférieur. A l'ombilic, anse au cordon. Abaissement des bras, sans difficulté et manœuvre de Moriceau pour la tête dernière.

C'est une fille de 2.130 gr, qui tarde un peu à crier, malgré les efforts inspiratoires. Après dégagement des

mucosités de la gorge, frictions alcoolisées et un peu de respiration artificielle, elle pousse le premier cri au bout de 10 minutes.

Après l'expulsion du placenta, et après toilette, le Dr. Louyot fait un nouvel examen. La main gantée s'introduit dans le vagin. Il ne reste plus de la cloison que la partie toute inférieure. On trouve le col droit, assez dur pour être nettement identifié et au premier abord, on ne trouve que lui. On explore la cavité utérine, mais celle-ci est nette et ne présente aucun vestige de séparation. En recherchant à nouveau, on découvre le col gauche nettement séparé et un peu en arrière du col droit. Le doigt peut facilement s'y introduire. On trouve une petite cavité s'incurvant à gauche. L'utérus gauche est manifestement tout petit. On le devine à peine au palper. On termine par une injection intra-utérine iodo-iodurée. Le placenta ne présentait aucune anomalie; il était ovoïde, épais, pesait 400 gr., les membranes étaient complètes; le cordon présentait une insertion marginale.

OBSERVATION VI

Société Obs. et de Gyn. de Lyon, 2 mai 1932.

Gestation dans un utérus double; dystocie par l'hémi-utérus non gravide; césarienne basse par MM. TRILLAT, MICHON et OLLAGNIER.

Madame G..., 31 ans entre à la Maternité de la Charité le 19 avril 1932. Les dernières remontent au 14 juillet 31, elle est donc au voisinage du terme. Pas de contractions utérines mais écoulement abondant de liquide amniotique. La température est de 37, 3, la H.U. est de 29; les bruits du cœur sont normaux.

L'interrogatoire révèle que cette femme a déjà eu 5 gestations terminées par des fausses couches au 2^e mois; elle est soignée en ville par le Dr. Pellanda, qui a diagnostiqué une malformation utérine.

Le 19 avril à 12 heures, examen par M. Trillat; l'utérus est fortement incliné à droite; pas de présentation engagée, la tête est perçue dans le fond de l'utérus. Au toucher, existence d'une cloison antéro-postérieure délimitant deux cavités vaginales à l'extrémité desquelles son perçus deux cols utérins. Le col qui correspond au vagin droit paraît plus facilement perméable au doigt que l'autre.

A 17 heures, présentation toujours très haute malgré les contractions utérines, qui sont régulières depuis quelques heures. Les deux cols sont également ramollis sans que l'on puisse dire lequel correspond à l'utérus gravide.

A 18 heures, la malade présente une température de 37,8 le pouls est compté à 90; la présentation est toujours très haute. Pas de dilatation. On décide d'intervenir par voie haute.

Intervention à 18 h. 50. Hystérotomie basse sur un segment bien constitué. Décollement du péritoine viscéral par le procédé habituel. Extraction sans difficulté d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 3.250 gr. se présentant par le siège. Suture de l'utérus et du péritoine viscéral. L'examen du bassin montre qu'il existe un deuxième utérus à gauche, du volume d'une mandarine de consistance dure. Cet héli-utérus possède un ligament large, un ovaire, une trompe et ligament rond. Il paraît remplir l'excavation pelvienne. Un doigt vaginal placé dans la cavité vaginale gauche remonte jusqu'au col utérin de l'héli-utérus gauche; le col est légèrement entr'ouvert

et permet l'introduction du doigt; au-dessus, le doigt pénètre dans une cavité élargie correspondant à une sorte de segment inférieur surmonté par le corps utérin.

Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe bipartitus. Fermeture de la paroi abdominale sans drainage.

Les suites opératoires furent inquiétantes dès les premiers jours. Ballonnement. Tempérament à 39. Pouls à 110. Le 26 février, la malade présente une dyspnée intense avec crise de cyanose et mourut à 7 h. du matin. L'enfant quitta le service en bon état.

OBSERVATION VII

Observation de Mr. POTOCKI (Gyn. et Obs. Juil. 1920).

La nommée S..., 23 ans, primipare entre à la Maternité le 12 novembre dans la soirée. Rien à noter dans ses antécédents. Réglée à 14 ans, règles abondantes, douloureuses un mois sur 2 (?) nous dit la malade. Elle n'a jamais consulté pendant la gestation, et se présente à l'hôpital parce qu'elle ressent quelques douleurs de ventre. Les dernières règles sont du 15 au 20 février, donc la gestation est de 8 mois $1/2$ environ.

L'examen pratiqué à l'entrée a permis à la sage-femme de garde de faire les constatations suivantes: utérus développé comme pour une grossesse au cours du neuvième mois, fond utérin un peu incliné à gauche, contractions espacées; tête en bas, mobile, tendant à fuir vers la fosse iliaque droite, dos à gauche, bruit du cœur bons. Le toucher démontre qu'il existe deux vagins, com-

plètement séparés sur toute leur longueur par une cloison verticale antéro-postérieure, étendue au fond du vagin jusqu'à l'insertion de l'hymen, où elle est épaisse de 8 à 10 millimètres. Au fond du vagin gauche on sent un col mou, long de 2 centimètres, admettant facilement le doigt, qui arrive sur des membranes flasques au delà desquelles on sent la tête fœtale mobile. Au fond du vagin droit, aussi perméable que le vagin gauche, on trouve un second col de 3 à 4 centimètres de longueur. On trouve, de plus, dans le cul-de-sac postérieur, en explorant par le vagin gauche, aussi bien que par le vagin droit, une tumeur ferme, lisse, arrondie, du volume d'une orange, située immédiatement en avant du sacrum. On porte donc le diagnostic de vagin double et d'utérus didelphe avec corne gauche gravide et on pense que la tumeur perçue dans le cul-de-sac postérieur est la corne utérine droite augmentée de volume du fait de la gestation. La femme n'ayant presque pas de douleurs est laissée au repos pendant la nuit.

Le lendemain, 13 nov., je confirme le diagnostic, et constate que l'état s'est peu modifié. L'utérus a une forme plus allongée qu'à l'état normal, mais il est médian. La tête n'est pas tout à fait d'aplomb sur l'aire du détroit supérieur, mais a tendance à fuir vers la fosse iliaque droite. Au toucher, le col gauche, celui de la corne gravide, n'est pas complètement effacé, mais largement perméable; on atteint aisément la tête fœtale haut située et mobile. Le col droit se laisse traverser facilement par le doigt qui, après un trajet de 3 à 4 centimètres, bute contre la présentation. Mais je constate que le canal cervical se prolonge au-delà et qu'il suffit de recourber le doigt en le dirigeant en arrière et à gauche pour le sentir pénétrer dans la corne utérine vide.

Il s'agit donc bien d'un utérus didelphe dont la corne utérine droite inhabitée, est rétroversée et prolabée dans le Douglas, au lieu d'être située dans la fosse illiaque, sur le côté de la corne gravide, comme c'est le cas habituel.

La présence dans l'excavation de cette tumeur volumineuse nous fait craindre qu'elle n'apporte un obstacle à la marche du travail. L'indication est donc de chercher à la mobiliser et à la refouler au-dessus du détroit supérieur, ainsi qu'on le fait pour les tumeurs praevia. Cette réduction est tentée, mais sans succès. La corne utérine ne se mobilise pas et ne peut être déplacée. Force est donc d'abandonner le travail à lui-même, en n'en surveillant la marche. Y aura-t-il réduction spontanée de la tumeur? Ou bien celle-ci restant en place, le fœtus s'engagera-t-il et trouvera-t-il un espace suffisant pour passer? C'est ce que nous ne pouvons encore prévoir.

Toute la journée se passe avec des douleurs irrégulières et faibles; mais pendant la nuit les contractions se rapprochent et deviennent plus intenses.

Le 14 novembre au matin, la tête est toujours très mobile, elle appuie mal sur le détroit supérieur, malgré d'assez fortes contractions utérines; le col gauche n'est pas encore complètement effacé mais dilatable comme 2 Frs; les membranes sont intactes, la poche des eaux distend bien le segment inférieur pendant les contractions. La corne utérine droite est toujours prolabée, l'enfant ne paraît pas souffrir, mais la parturiente est très fatiguée. Le travail n'a guère fait de progrès depuis 36 heures et on a l'impression que l'accouchement est impossible.

Dans ces conditions nous nous décidons à extraire le fœtus par la voie haute, avant qu'il ne se produise d'ac-

cidents, comme nous le ferions pour un fibrome ou un kyste ovarique praevia, et à agir ensuite suivant les circonstances.

Je pratique donc la laparatomie à 10 h. 15 du matin, le 14 novembre avec l'assistance de M. Levant.

Incision médiane commençant à 3 centimètres au-dessus de la symphise et remontant à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Extériorisation de l'utérus, qui présente un ligament rond et des annexes normalement développées sur son bord gauche et rien sur son bord droit. Je cherche à introduire la main dans l'excavation pour en dégager la corne utérine vide, mais je n'y parviens pas. Je me résouds, en conséquence, à pratiquer l'opération césarienne. Incision verticale de la paroi utérine, qui n'a qu'un centimètre d'épaisseur. Je tombe sur le placenta qui occupe la moitié inférieure de l'incision. Ouverture des membranes et extraction d'une fille pesant 2 800 gr. qui crie aussitôt. Délivrance complète et facile. On injecte à 2 reprises différentes un centimètre cube d'ergotine pour rétraction insuffisante de l'utérus, mais sans hémorragie notable. Une mèche est passée à travers le col. Suture de l'utérus en trois plans au catgut.

Après fermeture de l'utérus, l'exploration du petit bassin nous montre qu'il existe une cloison médiane antéro-postérieure, sous forme d'un feuillet mince mais résistant, haut de 8 à 10 centimètres, étendu de la vessie en avant au rectum et à l'anse sigmoïde en arrière. Au-dessus de cette cloison, on trouve la corne utérine droite non gravide, qui est rétroversée et plonge dans l'excavation: on la redresse facilement. Les annexes sont normales. Suture de la paroi abdominale en deux plans au catgut avec agrafes sur la peau. On retire la mèche utérine et on tamponne le vagin avec de la gaze iodoformée.

Les suites opératoires, normales les premiers jours, furent ensuite compliquées par la suppuration d'une anse de catgut profonde. Il s'établit une fistule utéro-pariétale rapidement guérie par des pansements à la liqueur de Dakin.

La femme sortit en bon état le 30^e jour après l'intervention. A ce moment l'utérus gauche césarisé, remontait à 4 travers de doigt au-dessus du pubis et son col était complètement fermé. Quant à la corne utérine droite, elle est de volume normal, mobile, appliquée le long de sa congénère, sans tendance à la rétroversion. Il n'a pas été expulsé de caduque pendant les suite de couches par la corne non gravide.

L'enfant a été allaité dans de bonnes conditions par sa mère. Il pèse à sa sortie de l'hôpital 3.475 grammes.

OBSERVATION VIII

BENICKE: Accouchement dans un cas d'utérus et de vagin double (Zeits. f. Geb. und Gyn. 1877, P. 366). (Potocki in Gyn. et Obs. Juil. 1920).

Primipare de 28 ans à terme. Septum vaginal complet. Corne utérine gauche gravide occupant le milieu du ventre comme un utérus normal. Orifice utérin gauche complètement dilaté. Sommet en droite transversale. Bosse séro-sanguine. On ne sent pas la corne utérine droite par le toucher combiné. Une sonde introduite dans le col droit s'enfonce jusqu'à 11 centimètres. Cette corne inhabitée, mais très hypertrophiée, est donc située derrière l'hémi-utérus gravide. L'engagement progresse lentement. Bassin légèrement rétréci: 11 cent 1/2. Forceps. Enfant étonné vite ranimé, ayant  volume d'un enfant à terme.

Dans les suites de couches la corne qui était inhabitée tend à se rétroverser.

OBSERVATION IX

DOS SANTOS: Malformations de l'utérus (Zeits. f. Geb. und Gyn. 1888, P. 169). (Potocki in Gyn. et Obst. 1920).

Secondipare à terme. Antérieurement, avortement de six mois. Corne utérine droite gravide. Tête de l'enfant déviée vers la fosse iliaque droite. Col gauche perméable, par lequel on pénètre dans une tumeur grosse comme le poing, de consistance mollassse accupant à gauche l'excavation et le détroit supérieur. Sous le chlorforme, on repousse en haut et en avant la tumeur qui vient se placer au-dessus du ligament de Fallope. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes, les deux cornes se contractent spontanément. Accouchement spontané d'un enfant vivant.

OBSERVATION X

TAUFFER: Accouchement compliqué par un utérus didelphe (Centralb. f. Gyn. 1888, p. 236). (Potocki in Gyn. et Obst. Juil. 1920).

IV-pare, 2 accouchements antérieurs à terme terminés l'un par le sommet, l'autre par le siège, 1 avortement.

La malformation n'a été reconnue qu'au 4^e accouchement. Présentation du siège. Le travail n'avance pas. On examine et on trouve alors au toucher, dans la moitié droite du bassin, une tumeur lisse et régulière, du vo-

lume du poing. On pense d'abord à un hématome, mais ayant reconnu la présence de deux vagins, on diagnostique un utérus didelphe, avec corne inhabitée, logée dans l'excavation pelvienne. Extraction lente du siège sans trop grande difficulté. Enfant à terme, bien développé (il n'est pas dit si l'enfant est vivant ou mort). Au troisième jour des couches, expulsion de la caduque de l'hémi-utérus non occupé.

OBSERVATION XI

Observation du Dr. Fr. HUE (Résumée).
(Normandie médicale Rouen 1^{er} mars 1924).

Femme de ? (consultation) utérus double; vagin double, cloison vaginale complète antéro-postérieure dont le bord libre un peu concave venait se confondre en arrière avec les caroncules myrtiformes. Spéculum du côté droit: conduit vaginal paraissant normal et certainement usagé au fond duquel se trouvait un col asser volumineux et mou comme un col de grossesse. Badigeon à la teinture d'iode. Spéculum retiré et introduit sur la paroi gauche de la vulve, dans un conduit complet aussi mais moins extensible que le premier. Au fond se trouvait aussi un col utérin plus petit que celui de tout à l'heure, sans trace de teinture d'iode, à orifice légèrement ecchymotique. Le spéculum repris et introduit dans le conduit droit, montre un col badigeonné d'iode. Le toucher manuel dénotait une masse utérine du volume du poing au moins et le diagnostic s'établissait ainsi: cette jeune femme avait un double vagin avec double utérus. L'utérus droit était le siège d'une grossesse d'au moins 2 moins 1/2. Des ma-

nœuvres abortives, pratiquées sur l'utérus non gravide de gauche expliquaient les ecchymoses de ce côté.

La malade n'a pas été revue par le médecin.

OBSERVATION XII

Obs. du Dr. Fr. HUE (Normandie médicale, Rouen 1.3.24).

Madame B..., 23 ans, vient consulter pour douleurs dans le bas-ventre, stérilité et règles trop fréquentes à son gré, toutes les 3 semaines environ. A l'examen, avec deux doigts dans le vagin, on a immédiatement la sensation que chaque doigt pénètre dans un conduit différent et rencontre au fond un col différent. La masse utérine paraît bifide, chaque moitié, petite, est rejetée sur le côté. L'organe de droite est plus volumineux que le gauche, du reste le vagin droit est celui que fréquente le mari. Le gauche plus étroit n'admet qu'un spéculum de vierge. Afin d'éviter toute erreur d'interprétation, le col utérin de droite est badigeonné à la teinture d'iode et le spéculum retiré. Le vagin gauche exploré à son tour montre un col rose et plus petit avec légère leucorrhée. En revenant au côté droit avec le spéculum ordinaire on retrouve le plus gros col tout badigeonné d'iode. Il n'y a plus de doute à conserver. Se col droit laisse baver des glaires opalescents à peine jaunâtres. Les deux doigts introduits dans chacun des deux vagins, ramènent facilement la cloison qui part, en haut, à la vulve de la colonne antérieure sous l'orifice de l'urèthre et aboutit un peu à gauche de la fourchette. Le mari avoue avoir parfois de la difficulté dans l'introduction, ce qui doit tenir à ce qu'il s'égare à gauche, côté vierge.

Vu,

Nancy le 10 décembre 1934.

Le Président de thèse,

A. FRUHINSHOLZ

Vu et approuvé:

Nancy le 10 décembre 1934.

Le Doyen
de la Faculté de Médecine

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer

Nancy, le 11 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ.

Président du Conseil
de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- COLLON Ch. M. — Contribution à l'étude de la dystocie vaginale par malformation congénitale. Thèse de Nancy 1919.
- LE FORT. — Des vices de conformation de l'utérus et du vagin. Thèse agrégation. Paris 1863.
- POTOCKI. — Cynécologie et Obstétrique 1920.
- MAGNON A. — Anomalies et malformations de l'appareil génital de la femme. Thèse Paris 1929.
- HUE Fr. — Normandie médicale. Rouen 1.3.24.
- TRILLAT, MICHON et OLLANGNIER. — Soc. Obs. et Gyn. de Lyon. Mai 1932.
- RIVIERE et MAHON. — Soc. Obs. et Gyn. 18.2.33.
- DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin. Thèse Paris 1877.
- PICOT. — Malformations de l'utérus et du vagin au point de vue obstétrical. Thèse Paris 1891.
- STERN. — Contribution à l'étude chirurgicale des utérus doubles. Thèse Paris 1910.
- WALLICH. — Eléments d'obstétrique.
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements.
- GROSS. — Hématométrie et hématocolpos dans le cas de duplicité du canal génital.
- GUILLEMIN. — Des cloisonnements transversaux du vagin d'origine congénitale (thèse Nancy).

- BEASSE. — Contribution à l'étude des malformations génitales chez la femme et en particulier de l'utérus et du vagin double. Thèse Paris 1903.
- NOVICOV. — Semaine médicale 1902. N° 12.
- LE MAITRE. — De la délivrance et des suites de couches dans les malformations utérines. Thèse Paris 1900-1901.
- REYNES. — Utérus didelphes et vagin double; grossesse, accouchement et suites de couches. Bulletin de la Soc. d'obs. de Paris 3.6.02.
- VERMELIN et LUCIEN. — L'œuf humain et ses annexes.
- RATHKE. — Abhandlungen zur Bildungs- und Entwicklungsgeschichte der Menschen und Tiere (1832).
- CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathol. générale. T. I. (1849).
- GEOFFROY ST-HILAIRE. — Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation... etc., T.I. (1832).
- BISHOFF. — Développement de l'homme et des mammifères (1843).
- MENGE. — Bildungsfehler der weiblichen Genitalien in Handbuch der Gynäkologie.
- WERTHEIM. — Schwangerschaft und Geburt bei Missbildungen des Uterus in Winkels Handbuch des Geburtshelfers.
- ROKITANSKI. — Über die sogenannten Verdoppellungen des Uterus 1838.
- KUSSMAUL. — Von dem Mangel der Verhümmerung und der Verdoppelung der Gebärmutter. (Wurzburg 1859).
- PINARD. — Leçons cliniques obstétricales. 1909.

- KÖLLIKER. — Entwicklungsgeschichte des Menschen 1861.
- DEBIERRE. — Des vices de conformation des organes génitaux et urinaires de la femme, 1892 .
- MULLER. — Bildungsgeschichte der Genitalien. Dussendorf 1830.
- DALECHAMPS, — Chirurgie française. Lyon 1570.
- RUISCH. — Obs. anatomiques. T. I. Obs. XVII.
- BREYSKI. — Deutsche Chirurgie Op., 60. 1885.
- VON GUERARD. — Monatsch. f. Geb. und Gynäk, 1898.
- FERRONI. — Annali di Ostetricia e gynecologia. Milan (1902).
- GAUTRELET, — Malformations de l'utérus et accouchement. Thèse Paris 1895 -1896.
-



TABLE DES MATIERES

	Pages
Introduction	— 5
Historique	7
Embryologie	11
Classification	16
Description anatomique	21
Etiologie	25
Dédoublement, vie génitale et fertilité	27
Dédoublement génital et gestation	32
Dédoublement génital et accouchement	39
Dédoublement génital et délivrance	46
Dédoublement génital et suites de couches	50
Diagnostic du dédoublement génital	52
Pronostic	57
Conduite à tenir	60
Observations	65
Bibliographie	93



Imprimerie
des Editions Argentoratum
Strasbourg.

